

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
Trabajo Fin de Grado

# **ESTUDIO SOBRE LA PRÁCTICA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. SU PREVENCIÓN MEDIANTE EL TRABAJO SOCIAL**

Alumna: Piniwe Wella Wella  
Director: Guillermo Domínguez Oliván



Zaragoza, junio de 2012



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
**Universidad** Zaragoza



# **ESTUDIO SOBRE LA PRÁCTICA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. SU PREVENCIÓN MEDIANTE EL TRABAJO SOCIAL**

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN.....	6
Estructura del trabajo .....	9
1. APROXIMACIÓN AL TEMA OBJETO DE ESTUDIO .....	10
1.1 Preámbulo .....	10
1.2 Objeto del trabajo .....	22
1.3 Metodología empleada.....	22
1.4 Sistema de citas y referencias bibliográficas empleados .....	24
2. CONOCIMIENTOS GENERALES .....	25
2.1 ¿En qué consiste? .....	25
2.2 Diferentes terminologías para definir esta práctica .....	26
2.3 Las causas por las que se practica la MGF. ....	27
2.3.1 Razones sociológicas: .....	28
2.3.2 Identidad sexual:.....	28
2.3.3 Control de la sexualidad y de las funciones reproductivas de la mujer:.....	28
2.3.4 Motivos de higiene y estéticos:.....	29
2.3.5 Motivos de salud: .....	29
2.3.6 Religiosos: .....	30
2.4 Los lugares donde se práctica la MGF.....	31
2.5 Cómo y cuándo se realiza .....	34
2.6 Clasificación y Tipo de MGF.....	38
2.7 Posibles consecuencias físicas.....	42
2.7.1 Consecuencias Físicas.....	43
2.7.2 Consecuencias psicológicas y sexuales.....	44
2.8 Reconstrucciones .....	45
2.9 Testimonios.....	48
3. MARCO JURÍDICO Y LEGAL.....	53
3.1 Ámbito internacional .....	53
3.2 Ámbito europeo .....	54
3.3 Ámbito de los países de riesgo .....	56

3.4	Ámbito estatal.....	59
3.5	Ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.....	60
4.	TRABAJO SOCIAL. PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN.....	62
4.1	Situación en Aragón.....	64
4.2	Recursos desarrollados en Aragón para luchar contra la MGF .....	70
4.3	Trabajo social a realizar .....	75
4.4	Trabajo de prevención y sensibilización.....	79
4.4.1	Formación a los profesionales en general .....	80
4.4.2	Formación en el ámbito sanitario .....	81
4.4.3	Formación en el ámbito educativo .....	84
4.4.4	Formación en el ámbito social .....	85
4.4.5	Formación en el ámbito de la mediación .....	86
4.4.6	Formación en el ámbito de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado	86
4.4.7	Formación en el ámbito judicial .....	87
4.5	Experiencia de intervención durante mis prácticas en Médicos del Mundo .....	88
4.5.1	Talleres de sensibilización con las mujeres .....	88
4.5.2	Talleres con hombres .....	90
4.5.3	Talleres con adolescentes .....	91
4.5.4	Trabajo de prevención en los hospitales.....	92
	BIBLIOGRAFÍA: .....	96
	ARTÍCULOS: .....	97
	RECURSOS ONLINE: .....	98
	VIDEOS, PELÍCULAS Y DOCUMENTALES: .....	99

## **INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN**

A lo largo de la historia las mujeres han sufrido discriminación por el simple hecho de serlo. La situación de las mujeres ha sido siempre invisible, debido a su infravaloración tanto humana como social. En ocasiones su sufrimiento empieza antes del nacimiento, con abortos selectivos según el sexo. O al nacer, cuando los padres, desesperados por tener un hijo varón, pueden matar a sus bebés del sexo femenino. Según un estudio de la OMS de junio 1998, las niñas tienen mayor probabilidad que sus hermanos de ser violadas o agredidas sexualmente por miembros de su familia, por personas en posiciones de poder o confianza, o por personas ajenas al entorno familiar. En algunos países, cuando una mujer soltera o adolescente es violada, puede ser obligada a contraer matrimonio con su agresor sin olvidar el "suicidio" forzado u homicidio de viudas por razones económicas (OMS 1998).

Al igual que todas estas prácticas citadas, todos los años, millones de niñas son sometidas a la mutilación genital femenina y hasta fechas recientes, no se había considerado como una violación de un derecho humano fundamental. Además expresa una desigualdad entre los sexos. El hecho de que sea practicada casi siempre a menores, constituye una violación de los derechos del niño. Asimismo, viola los derechos a la salud, a la seguridad y a la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte.

Llevar a cabo mis prácticas en Médicos del Mundo me condujo a conocer de cerca y a proporcionarme información muy interesante sobre la práctica de la Mutilación Genital Femenina (de aquí en adelante MGF). Este tema me ha despertado un especial interés debido a que, a pesar de venir de un país considerado como de "riesgo", no era consciente del problema y de su magnitud.

Conocer y entender el porqué se lleva a cabo la MGF es, y será para mí, de mucha ayuda tanto ahora como en un futuro para así poder abordar el

problema desde el absoluto respeto y sensibilidad y sobre todo a la hora de implicarme en la búsqueda de soluciones para su erradicación.

Cabe mencionar que durante la realización de mis prácticas y la elaboración de este trabajo me he implicado activamente en las tareas de prevención, bien participando en mesas redondas o dando charlas de sensibilización sobre el tema. En este aspecto, las actividades realizadas han sido las siguientes:

Día 27 de octubre de 2011, junto con la trabajadora social de Médicos de Mundo, hemos llevado a cabo un curso de formación a las matronas del hospital Miguel Servet.

Día 20 de febrero de 2012, con motivo del Día Internacional contra la MGF, he dado un curso de sensibilización en el centro cívico de las Delicias a los vecinos del barrio.

Día 30 de marzo de 2012, a petición de la asociación Fogaral (Caritas), he impartido un curso de sensibilización y formación a monjas retiradas en el centro Joaquín Roncal.

Día 28 de abril de 2012, en el marco de la fiesta de la independencia de Togo, he realizado un curso de sensibilización a los togoleses residentes en Zaragoza. Porque pese a que provienen de un país de riesgo, muchos no eran conscientes de la magnitud del problema.

Día 12 de mayo de 2012, he participado en la mesa redonda "Nacer niña en el tercer mundo" en Madrid, organizada por la asociación "Save a Girl, Save a Generation".



Mesa redonda 'Nacer en el tercer mundo. Foto de familia. De izquierda a derecha: Belén W. Martín, abogada de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR); Marisa Palomo, voluntaria de Amnistía Internacional; Nuria Amores Tello, psicóloga del Centro de Refugiados de Vallecas; Julia Roper, profesora titular de Derecho Penal en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid; Edwige Wella, mediadora de Médicos del Mundo en Zaragoza; Áлива Díez, del proyecto ECAR; Asha Ismail, fundadora y directora de Save a Girl Save a Generation; Ana de Francisco, médica voluntaria de Médicos del Mundo en Madrid y Rocío Sañudo, presentadora de televisión y moderadora del evento.

© Jon Cuesta

No es nada paradójico el hecho de que el problema de la MGF preocupe tanto en la sociedad occidental, puesto que se ha hecho un problema global, afectando no sólo a las comunidades de África, Oriente Medio o América del Sur, sino también a comunidades inmigrantes que viven en la sociedad occidental. A pesar de las prohibiciones por considerar que viola los derechos humanos, esta práctica sigue persistiendo e incluso hasta hace poco era considerada como un tema tabú.

No hay cifras exactas, pero según un informe de UNICEF se calcula que en el mundo hay aproximadamente 135 millones mujeres y niñas sometidas a alguna forma de MGF. La gran mayoría de esas mujeres y niñas vive en África.



Cada año, entre dos y tres millones de niñas corren el riesgo de sufrir la MGF. Lo que se traduce en 6000 niñas mutiladas. Y, al año, 3000 mujeres mueren por causas de la MGF. En España se calcula que 10000 niñas corren el riesgo de ser mutiladas.

### Estructura del trabajo

Este trabajo está dividido en cuatro capítulos fundamentales:

**Capítulo I:** Objeto del trabajo, metodología y sistema de citas empleado.

**Capítulo II:** Es el apartado de fundamentación. En él expondré los conocimientos generales sobre la MGF, la definición, los conceptos básicos, las causas y las consecuencias de esta práctica, los lugares donde se practica, cómo y cuando se practica, los tipos, las consecuencias físicas y psicológicas, la reconstrucción post ablación y por último los testimonios de personas afectadas por la MGF.

**Capítulo III:** En él expondré la legislación internacional vigente, la europea, la de los países africanos, la de España y la de la Comunidad de Aragón.

**Capítulo IV:** Me centraré en la situación en España, principalmente en Aragón, y los recursos puestos en marcha para luchar contra la MGF y presentaré una propuesta de intervención, el trabajo social a realizar con la población de riesgo, consejos generales y la experiencia vivida durante mis prácticas en Médicos del Mundo.

# 1. APROXIMACIÓN AL TEMA OBJETO DE ESTUDIO

## 1.1 Preámbulo

Antes de comenzar con la parte más importantes del trabajo he realizado un pequeño estudio para conocer el nivel de conocimiento de las personas sobre la MGF. Para su realización, aprovechando la jornada de la celebración de la fiesta nacional de Togo<sup>1</sup>, he dado una charla sobre la MGF en donde he pasado un cuestionario (como técnica cuantitativa) que me permite recoger información de fuentes primarias, de una muestra de 38 personas de diferentes nacionalidades (mayoría de españoles, togoleses y de otras nacionalidades), con el objetivo de obtener y medir de manera numérica su grado conocimiento sobre la práctica de la MGF.

En la redacción del cuestionario he pretendido que las preguntas fueran el reflejo de aquellos indicadores sobre los que pretendo recabar información. Para ello he insertado tanto preguntas abiertas como cerradas. En todo caso he procurado que las categorías de respuesta fuesen lo más exhaustivas posible, de forma que pudiese ofrecer conclusiones claras y fiables.

Por último, cabe señalar que el cuestionario ha sido cumplimentado antes de ofrecer la charla. La brevedad y sencillez de este cuestionario hace que la colaboración para rellenarlo haya sido bastante elevada (de unos 45 asistentes su tasa de respuesta ha estado en torno al 85%). Cuando en las tablas o gráficos se utiliza la expresión “(dato) perdido (por el sistema)” se refiere a que la persona o bien no ha respondido o bien ha respondido que “no sabe”. Tenemos una escala de valoración del grado de conocimiento que oscila entre 0 (ninguno) y 4 (máximo)

---

<sup>1</sup>Togo es un país de África occidental, que limita con Ghana al oeste, Benín al este, Burkina Faso al norte, y el Océano Atlántico al sur. Su capital, Lomé, se localiza en la franja costera meridional en el Golfo de Guinea.<sup>2</sup> Togo ocupa aproximadamente 57.000 kilómetros cuadrados y posee una población de 6,7 millones de habitantes. EL 6% de la población tiene la MGF hecha.

## La muestra

Tabla 1: Sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	M	23	60,5
	F	15	39,5
	Total	38	100,0

Tabla 2: Continente de procedencia (Europa o No Europa)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Europa	23	60,5
	No Europa	15	39,5
	Total	38	100,0

Tabla 3: Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	30	2	5,3	6,1	6,1
	31	1	2,6	3,0	9,1
	32	1	2,6	3,0	12,1
	33	3	7,9	9,1	21,2
	36	1	2,6	3,0	24,2
	39	1	2,6	3,0	27,3
	40	3	7,9	9,1	36,4
	41	2	5,3	6,1	42,4
	42	1	2,6	3,0	45,5
	43	1	2,6	3,0	48,5
	44	1	2,6	3,0	51,5
	45	1	2,6	3,0	54,5
	46	2	5,3	6,1	60,6
	48	1	2,6	3,0	63,6
	50	4	10,5	12,1	75,8
	51	1	2,6	3,0	78,8
	52	1	2,6	3,0	81,8
	56	1	2,6	3,0	84,8
	63	1	2,6	3,0	87,9
	64	1	2,6	3,0	90,9
	65	1	2,6	3,0	93,9
	69	1	2,6	3,0	97,0
	70	1	2,6	3,0	100,0
	Total	33	86,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	13,2		
Total		38	100,0		

La muestra estudiada corresponde a 38 personas (Tabla 1) en cuyas nacionalidades constan como europeos y no europeos. Un 60,5% son del sexo masculino y 39,5% del sexo femenino (Tabla 1), cuyo rango de edades fue de entre 30 y 70 años (Tabla 2).

**A continuación presento los resultados en las siguientes tablas elaboradas:**

Tabla 4: Grado de conocimiento (sobre MGF)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	0	16	42,1	42,1
	1	15	39,5	81,6
	2	6	15,8	97,4
	3	1	2,6	100,0
	Total	38	100,0	

Tabla 5: Tabla de contingencia Valora el grado de conocimiento\* Continente de procedencia (Europa o No Europa)

			Continente de procedencia (Europa o No Europa)		Total
			Europa	No Europa	Europa
Valora el grado de conocimiento	0	Recuento	11	5	16
			47,8%	33,3%	42,1%
	1	Recuento	6	9	15
			26,1%	60,0%	39,5%
	2	Recuento	5	1	6
			21,7%	6,7%	15,8%
	3	Recuento	1	0	1
			4,3%	,0%	2,6%
Total		Recuento	23	15	38
		% de Continente de procedencia (Europa o No Europa)	100,0%	100,0%	100,0%

A pesar de que el 100% de los participantes respondieron que sabían qué era la MGF, sin embargo un 42,1% desconocía los tipos de MGF que

existen. Un 39,5 conocía sólo un tipo de MGF, el 15,8% conocía dos tipos de MGF y un 2,6% tenía un buen conocimiento de todos los tipos de MGF existentes .La población europea es la que denota mayor grado de conocimiento (Tabla 5).

Tabla 6: Valora el grado de conocimiento, en función del sexo y del continente

Sexo	Continente de procedencia (Europa o No Europa)			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
M	Europa	Válidos	0	5	45,5	45,5
			1	4	36,4	81,8
			2	2	18,2	100,0
			Total	11	100,0	
	No Europa	Válidos	0	4	33,3	33,3
			1	7	58,3	91,7
			2	1	8,3	100,0
			Total	12	100,0	
F	Europa	Válidos	0	6	50,0	50,0
			1	2	16,7	66,7
			2	3	25,0	91,7
			3	1	8,3	100,0
			Total	12	100,0	
	No Europa	Válidos	0	1	33,3	33,3
			1	2	66,7	100,0
			Total	3	100,0	

En la muestra de personas de nacionalidades europeas y de sexo masculinos, un 45,5% desconocía todo los tipos de MGF. Los tipos más conocidos fueron en primer lugar el tipo 1 (36,4%); en segundo lugar el tipo 2 (18,2%), el tipo 3 ninguno lo conocía.

En la muestra de personas de nacionalidades no europeas y de sexo masculino, un 33.3% desconocía todo los tipos de MGF. Los tipos más conocidos de MGF fueron en primer lugar el tipo 1 (58,3%); en segundo lugar el tipo 2 (8,3%), el tipo 3 no lo conocía ninguno.

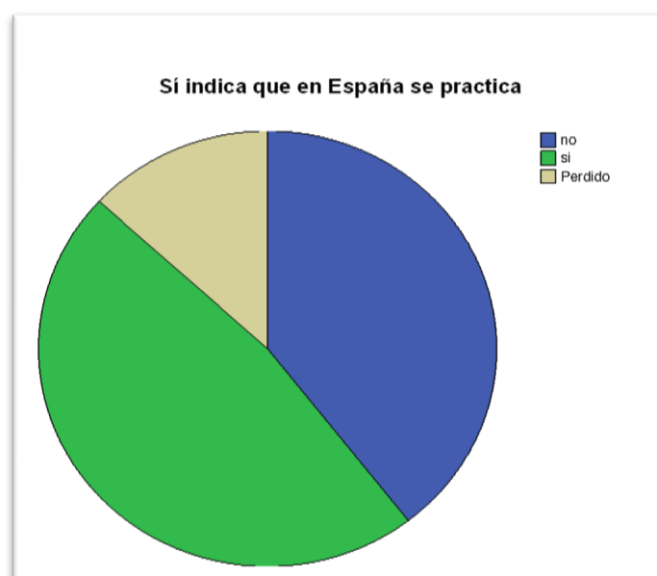
En la muestra de personas de nacionalidades europeas y de sexo femenino, un 50% desconocía todos los tipos de MGF. Los tipos más conocidos de mutilación genital fueron el tipo 1 (16,7%), el tipo 2 (25%) y el tipo 3 (8,3%).

En la muestra de personas de nacionalidades no europeas y de sexo femenino, un 33.3% desconocía todos los tipos de MGF y un 66,7% sólo conoce el tipo 1 (Tabla 6).

Tabla 7: En España, ¿crees que se sigue realizando?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	no	15	39,5	45,5
	si	18	47,4	54,5
	Total	33	86,8	100,0
Perdidos	Sistema	5	13,2	
Total		38	100,0	

### Representación gráfica



El 39,5% de los encuestados cree que en España no se practica la MGF, mientras que un 47,4% cree que si que se practica la MGF. Esta información me lleva a pensar que España es un país de riesgo que hay que tener bien en cuenta (Tabla7).

Tabla 8: Riesgos físicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	32	84,2
Perdidos	Sistema	6	15,8
Total		38	100,0

### Representación gráfica

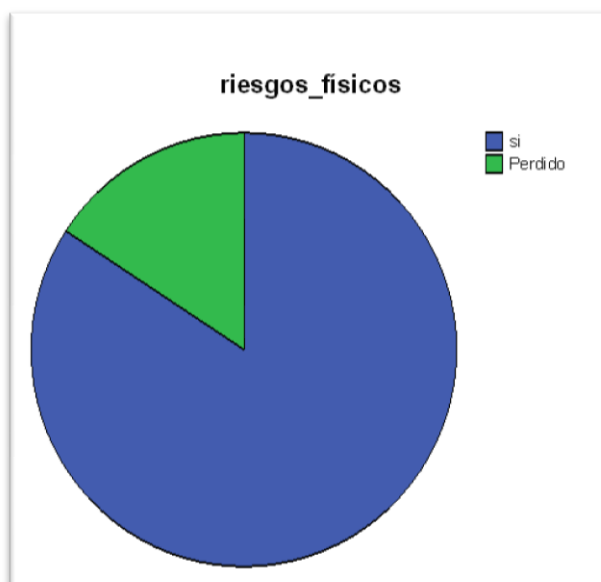




Tabla 9: Riesgos psicológicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	35	92,1
Perdidos	Sistema	3	7,9
Total		38	100,0

### Representación gráfica

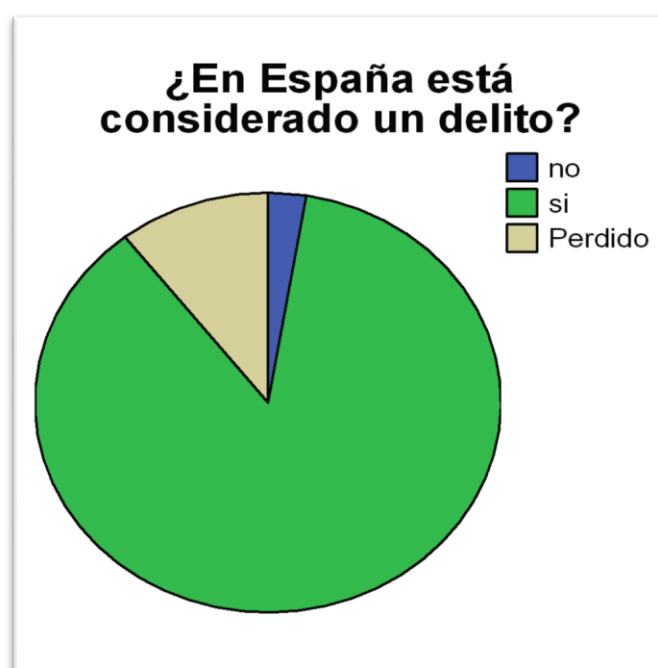


Para una gran parte de los encuestados la MGF es una práctica que genera secuelas para las víctimas. Casi todos los encuestados reconocen que la MGF produce daños físicos y psicológicos. Un 84,4% cree que produce daños físicos y un 92,1% daños psicológicos. Un 15,8% en relación con las secuelas físicas no contestó a esta pregunta y un 7,9% en relación con los daños psicológicos no contestó.

Tabla 10: ¿En España está considerado un delito?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	no	1	2,6	2,9
	si	33	86,8	97,1
	Total	34	89,5	100,0
Perdidos	Sistema	4	10,5	
Total		38	100,0	

## Representación gráfica



El 86,8% de los encuestados reconocen que la práctica de la MGF es un delito en España, frente a sólo un 2,6% piensa que no lo es. Un 10,5% no contesta a esa pregunta.

Tabla 11: Sí indica que lo consideran algo cultural, o a respetar,...

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	no	32	84,2	97,0
	si	1	2,6	3,0
	Total	33	86,8	100,0
Perdidos	Sistema	5	13,2	
Total		38	100,0	

## Representación gráfica



Tabla 12: Sí indica que se puede castigar si ha sido realizada fuera de España

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	no	3	7,9	10,7
	si	25	65,8	89,3
	Total	28	73,7	100,0
Perdidos	Sistema	10	26,3	
Total		38	100,0	

### Representación gráfica



El 84,2% de los encuestados creen que la MGF es una práctica cultural que no se debe respetar. Un 2,6% piensa que se debe respetar y el 13,2% no contestó a esa pregunta.

El grado de conocimiento medio crece conforme crece la edad: pasa de 0.75 (para el tramo de 30 a 43 años) a 0.92 para el tramo de 44 a 57 años y a 1.20 para el tramo de la gente de más edad (de 58 a 71 años).

Valoraciones del conocimiento por sexo: la media es de 0.74 para los hombres y de 0.87 para las mujeres. En los hombres prácticamente no hay

diferencia en las medias de las puntuaciones entre Europa (0.73) y No Europa (0.75), sin embargo en las mujeres la media europea es de 0.92 y la media no europea es SOLO de 0.67.

### **Conclusión final**

De acuerdo con los resultados obtenidos, el tema de la MGF y su entorno sigue siendo un problema poco conocido por la muestra estudiada, tanto por la población de nacionalidad europea como no europea.

Según los encuestados, España representa un país de riesgo: se cree que la MGF se practica en territorio español. Además sabemos que los inmigrantes pertenecientes a países de riesgo, algunas veces aprovechan las vacaciones para llevar a cabo la práctica a sus hijas.

Los encuestados de nacionalidades no europeas, a pesar de pertenecer a países de riesgo, están menos sensibilizados que las personas de nacionalidades europeas, paradójicamente las mujeres son la que presentan la media más baja. Reconocen claramente la MGF, pero no muestran demasiada preocupación ya que la consideran como algo normal en las etnias donde se practica.

Ante esa situación, cobra relevancia la educación continua en la comunidad para sensibilizar a la población. Todos los gobiernos deben asignar recursos para informar a la opinión pública y a las comunidades que practican la MGF de las consecuencias nocivas derivadas de la práctica de la MGF.

Las mujeres inmigrantes tienen menos información sobre el tema. Esta situación me lleva a pensar que muchas mujeres inmigrantes no tienen acceso a la información y educación.

Los no europeos conocen en su gran mayoría el tipo 1, porque es el tipo que más se practica en el África subsahariana, lugar de donde provienen los encuestados.

El hecho de que una gran mayoría de los encuestados piense que la MGF es algo cultural que no se debe respetar indica que aunque lentamente algo está cambiando en la sociedad. Con las medidas oportunas, las personas pueden reflexionar y tomar las decisiones correctas.

### **1.2 Objeto del trabajo**

Con este trabajo quiero ilustrar todo lo relacionado con la práctica de la MGF con el objetivo de que se entienda el porqué una práctica tan nociva para la salud sigue persistiendo desde hace más de 5000 años. También quiero, de alguna manera, hacer ver que hay muchas leyes promovidas para luchar contra la MGF. Sin embargo esta práctica se sigue realizando de forma masiva a las niñas. La ley de prohibición de la ablación femenina por sí sola no va a acabar con una tradición milenaria si no viene acompañada de medidas de prevención, sensibilización y concienciación de la población.

### **1.3 Metodología empleada**

La principal metodología empleada en este trabajo ha sido la metodología cualitativa.

En primer lugar quiero mencionar el gran interés que me ha despertado este tema, que me llevó a consultar diversa bibliografía y a explorar diferentes documentales y películas que tratan sobre el problema. Los vídeos visualizados me han proporcionado gran información sobre el tema, a la vez que me ha servido también de fuentes primarias de información, es decir, mostrar la MGF en su contexto.

En segundo lugar, he utilizado tanto la metodología cualitativa como la cuantitativa. He utilizado la metodología cuantitativa para poder estimar el número de niñas en riesgo en nuestra comunidad proveniente de países donde se practica la MGF. En la encuesta llevada a cabo con la Asociación ATORE se

ha hecho un análisis cuantitativo (Estadística Descriptiva) utilizando para ello la aplicación SPSS (versión 15).

Gracias a mis prácticas, he podido realizar muchas entrevistas a mujeres procedentes de países de riesgo tanto en el hospital Miguel Servet como en el hospital Clínico Universitario. Señalar que el marco en el que se llevó a cabo estas entrevistas (tareas que sigo desarrollando), es el del trabajo de prevención que se está haciendo desde Médicos del Mundo. A modo de información, señalo que Médicos del Mundo tiene un convenio con estos hospitales, y cuando una mujer procedente de un país de riesgo da a luz, las matronas avisan a esta ONG con el fin de llevar a cabo una labor de prevención con la familia, sobre todo cuando el recién nacido es una niña.

También he podido realizar cuatro entrevistas a personas relacionadas de alguna manera, directa o indirectamente, con la MGF. Son entrevistas semi-estructuradas que permitían a las personas entrevistadas contestar libremente y ampliamente a las preguntas formuladas. Esto me permitió ir sumando más preguntas o más cuestiones que fueron apareciendo durante las entrevistas. Las entrevistas han sido grabadas, contando con el permiso de las personas entrevistadas.

La elección de las personas entrevistadas ha sido programada con el fin de poder recabar información de diferentes personas de distintas nacionalidades, sexo, edades y ser progenitor o no. Esta forma de proceder tenía como finalidad cubrir la mayor cantidad de situaciones posibles. Así pues:

La primera entrevista la he realizado a un hombre de Senegal, el día 13 de marzo de 2012, con el fin de conocer, como hombre, cómo ha podido afectarle o le afecta la MGF. Aunque las consecuencias de la MGF en los hombres están menos documentadas, se han descrito problemas de alcoholismo y abuso de drogas, secundarios a la imposibilidad de realizar el coito, impotencia por el miedo a causar dolor a su pareja con la penetración, búsqueda de placer sexual fuera de la pareja con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión, etc. Hay hombres que pueden

llegar hasta la impotencia por el sufrimiento y el dolor que supone mantener relaciones sexuales, sobre todo cuando es una mujer que ha sufrido una infibulación y el orificio de penetración es muy pequeño<sup>2</sup>.

En segundo lugar, he entrevistado a una mujer de Gambia de 42 años el día 26 de marzo de 2012. Ella conoce muy bien esta práctica puesto que la ha vivido en primera persona.

En tercer lugar, he entrevistado a una joven gambiana de 21 años y madre de un niño de 7 años el día 27 de marzo de 2012. El principal objetivo que perseguía aquí era averiguar, como joven, su opinión sobre la MGF.

Por último, he entrevistado a un joven de Mali el día 06 de abril de 2012. Pese no estar casado, quería ver hasta qué punto le preocupa la práctica de la MGF.

Con las entrevistas he querido contrastar algunos puntos de los documentos consultados.

### **1.4 Sistema de citas y referencias bibliográficas empleados**

Siguiendo las indicaciones de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo para la realización del Trabajo de Fin de Grado, el sistema de cita utilizado ha sido el sistema APA (American Psychological Association) para citar información bibliográfica.

---

<sup>2</sup> Medicus Mundi Andalucía, Mutilación Genital Femenina: más que un problema de salud, pág. 36



## 2. CONOCIMIENTOS GENERALES

### 2.1 ¿En qué consiste?

Según la definición de la OMS la MGF consiste en la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos por razones culturales, sociales u otros y no con fines terapéuticos<sup>3</sup>. Se trata de una práctica tradicional, que forma parte mayoritariamente de las costumbres de muchos países africanos (28 países) y otros países del Oriente medio y Asia. En total se calcula que en el mundo existen 40 países que practican la MGF.

Los orígenes de esta práctica no se saben con certeza pero se considera que podría ser una práctica milenaria surgida en el antiguo Egipto unos 2000 años previa a la época del Islam. A pesar de encontrar comunidades musulmanas que la practican desde tiempos antiguos, se puede decir que no es una norma exclusiva de la religión islámica, ni de ninguna de las principales religiones, puesto que la practican tanto los cristianos coptos de Egipto y del Sudán, los judíos *falasha* de Etiopía, y las tribus africanas subsaharianas de culto animista. A pesar de que esta práctica es asociada con el Islam, existen zonas de influencia islámica (como Marruecos, Argelia, Túnez, Arabia Saudí, Irán,...) que no han estado nunca vinculadas a dicha práctica.

Por otro lado, la idea de que la MGF era un fenómeno limitado al continente africano es errónea. Se han encontrado antecedentes de ésta práctica en otras sociedades, aunque en mucha menor medida. Según un estudio realizado por Amnistía Internacional en 1998, el 20 % de las mujeres mutiladas genitalmente se encuentran en la India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka.

---

<sup>3</sup> Las razones que sustentan la MGF son muy variadas, muchas vinculadas a mitos o creencias, a menudo erróneas, con un componente social, cultural e identitario muy fuerte, y reflejan una discriminación por razón de género.

## 2.2 Diferentes terminologías para definir esta práctica

Existen diferentes términos para nombrar la MGF:

Circuncisión femenina, ablación, Sunna, excisión, mutilación genital femenina, cutting. Pero no todas tienen el mismo sentido ni las mismas connotaciones e implicaciones. "Prestar atención al lenguaje que se utiliza es importante para entender todos los discursos políticos e ideológicos acerca del tema de la MGF. Desde los misioneros cristianos, colonizadores, activistas de los derechos humanos, organismos sanitarios y feministas" (Abusharaf 2006, p.6), las terminologías han variado tanto que conviene explicarlas:

**Circuncisión femenina:** Es el término más antiguo. Confunde la mutilación genital femenina con la práctica común de la circuncisión masculina. El uso de este término puede dar pie al argumento de que, como las mujeres y los hombres son circuncidados, la mutilación genital femenina no es una práctica discriminatoria contra la mujer.

Cabe señalar que en países como Egipto y Sudan, esta práctica se ha medicalizado y se la conoce bajo la denominación de "circuncisión femenina". Se practicaba en los hospitales del Gobierno hasta hace poco, cuando bajo las presiones de organizaciones de mujeres e internacionales se ha prohibido.

**Ablación:** Es una terminología neutra. Indica una extirpación o separación de alguna parte del cuerpo.

**Escisión:** Al igual que la palabra anterior, es una terminología neutra que indica un corte. "La escisión en los chicos consiste en cortar un trozo de piel que recubre el pene, sin dañarlo. Incluso hasta cierto punto, puede resultar beneficioso para la salud del chico evitando así infecciones. En cambio la escisión en las chicas, consiste en mutilar la vagina de las chicas causando graves consecuencias en la salud de éstas". (Abusharaf, p. 61-62)

**Sunna:** El Sunna son las palabras y acciones del profeta Mohammed. Este término es religioso y contienen numerosas referencias en cuanto a la práctica. Aconseja la práctica pero no es obligatoria.

**Mutilación Genital Femenina:** El término “mutilación genital femenina” (MGF), es una expresión más reciente. Ha sido adoptado en la Conferencia Regional del Comité Interafricano que ha tenido lugar en Addis Abeba (Etiopia) en noviembre de 1990. En él, se rechaza explícitamente los términos como “ablación genital femenina” o “circuncisión genital femenina”. Según Rahman y Toubia (2000, p.21), el empleo de los términos “ablación” o “circuncisión” minimiza el dolor y el sufrimiento que se inflige a las mujeres y niñas a las que se somete a esta práctica, así como las graves consecuencias para su salud física y psicológica

**Cutting:** Palabra inglesa que significa corte genital femenino.

### 2.3 Las causas por las que se practica la MGF.

Hay una mezcla de factores culturales, religiosos, sociales, familiares y comunitarios existentes. Incluso en ocasiones, la práctica tiende a perpetuarse por la presión social a adaptarse a lo que hacen los demás y a lo que se ha venido haciendo tradicionalmente. Se considera como parte necesaria de la buena crianza de la niña y una forma de prepararla para la vida adulta y el matrimonio, relacionándose con la virginidad prematrimonial y la fidelidad matrimonial y con un comportamiento sexual adecuado. En general se considera la práctica beneficiosa para las hijas y las personas que la llevan a cabo, la sienten íntimamente ligada a su identidad social y cultural, al margen de que ésta viole los derechos universalmente reconocidos. A continuación voy a detallar las razones que, de acuerdo con estos factores, justifican la MGF:

### **2.3.1 Razones sociológicas:**

La costumbre y la tradición son las razones que más se invocan para explicar la MGF. En las sociedades donde se practica la MGF, no se concibe una mujer que no haya sido sometida a la mutilación. La MGF define quién pertenece al grupo porque otorga una identidad cultural a la mujer. Jomo Kenyatta, ex presidente de Kenia, sostuvo que la mutilación genital femenina era inherente a la iniciación, la cual constituye una parte esencial de la identidad de los *kikuyus*<sup>4</sup>, hasta el punto de que su "abolición destruiría el sistema tribal". También se practica, por ejemplo, como rito de iniciación de las niñas a la edad adulta o en aras de la integración social y el mantenimiento de la cohesión social.

### **2.3.2 Identidad sexual:**

A menudo, la MGF se estima necesaria para que una niña sea absolutamente considerada como mujer. Esta práctica marca la diferenciación de sexos en lo que incumbe a sus futuros papeles en la vida y en el matrimonio. Se cree que la ablación del clítoris y de los labios (que algunos consideran las partes masculinas) del cuerpo de la mujer aumenta la feminidad. La práctica de la MGF va casi siempre acompañada de enseñanzas explícitas sobre el papel de la mujer en la sociedad a la que pertenece.

### **2.3.3 Control de la sexualidad y de las funciones reproductivas de la mujer:**

En muchos países de riesgo, una razón importante que se maneja en favor de la MGF es la creencia de que debilita el deseo sexual de la mujer y, por lo tanto, reduce las posibilidades de que haya relaciones sexuales fuera del matrimonio. En estas sociedades es muy difícil, si no imposible, que una mujer se case si no se ha sometido a la mutilación. Es de importancia vital impedir

---

<sup>4</sup> Los kikuyus son el grupo étnico más populoso de Kenia con una cifra que se acerca a los seis millones de habitantes. Basan su organización social en estructuras familiares.

que la mujer tenga contactos sexuales “ilegítimos” y protegerla de relaciones sexuales no deseadas, pues se considera que de ello depende el honor de toda la familia.

### **2.3.4 Motivos de higiene y estéticos:**

A menudo, se invoca la limpieza y la higiene como razones que justifican la MGF. Los términos populares para referirse a la mutilación son sinónimos de purificación (*tahara* en Egipto, *tahur* en Sudán), o de limpieza (*sili-ji* entre los *bambaras*, grupo étnico de Malí). En algunas sociedades que practican la MGF, a las mujeres no mutiladas se las considera poco limpias y no se les permite manipular alimentos ni agua.

En muchas tribus, se cree que los genitales femeninos son sucios, feos, voluminosos y antiestéticos. En algunas culturas, existe la creencia de que los genitales de la mujer pueden crecer y resultarle incómodos colgando entre sus piernas, a menos que se extirpe el clítoris. Algunos grupos creen que el clítoris de la mujer es peligroso y que si toca el pene del hombre, éste morirá. Otros creen que si la cabeza del niño toca el clítoris durante el parto, el niño morirá...

### **2.3.5 Motivos de salud:**

En las etnias donde se práctica la MGF, se cree que aumenta la fertilidad y hace que el parto sea más seguro. La MGF forma parte de un rito de iniciación en el que se enseña a las mujeres a ser fuertes y resignadas ante el dolor y la enfermedad. Algunas sociedades en las que se practica creen que ésta aumenta la fertilidad, e incluso algunos piensan que las mujeres no mutiladas no pueden concebir.

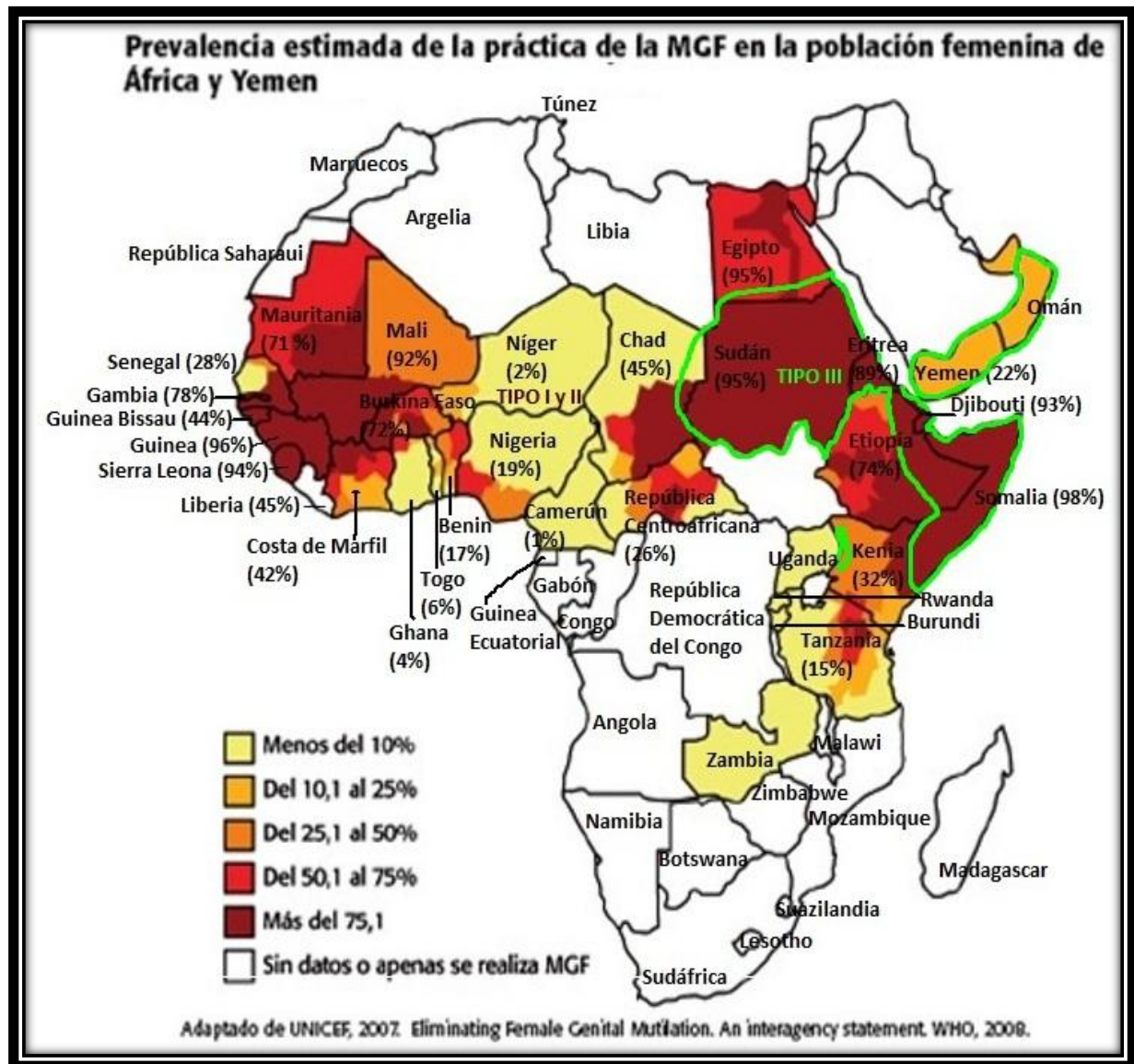
“Algunos colectivos como por ejemplo la prensa egipcia y el clérigo egipcio Sheik Al-Badri, buscan convencer a la población de Egipto que la MGF que no sólo es una práctica religiosa sino que protege contra el sida. Estas afirmaciones contribuyen a la propagación de la enfermedad”. (Abusharaf 2006, p. 69)

### **2.3.6 Religiosos:**

Hay una creencia errónea de que la ablación genital femenina es una norma religiosa. Aunque no hay escritos religiosos que prescriban la práctica, las personas que la llevan a cabo suelen creer que tiene un respaldo religioso hasta tal punto que algunos líderes religiosos la fomentan. Las estructuras locales de poder y autoridad, como los líderes comunitarios y religiosos, los circuncidados e incluso parte del personal médico, contribuyen en algunos casos al mantenimiento de la práctica.

## 2.4 Los lugares donde se práctica la MGF

La prevalencia estimada de la MGF varía entre los países a pesar de su proximidad geográfica tal como se señala en el mapa.



Fuente de información: Mutilación Genital Femenina: Más que un problema de salud (Medicusmundi Andalucía)

Como se puede observar en el mapa, la mayoría de los países que practican la MGF, se encuentran en la África subsahariana son un total 28. Cabe matizar que no toda la población de los países de riesgo lleva a cabo esta

práctica. Entre las etnias practicantes cabe mencionar: Sarajole, Fulbe, Fula, Pular, Tuculer, Soninke, Mandinka, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa, Fante, etc.

Entre las etnias no practicantes, se encuentran: Wolof (Senegal), Djola, Serer, Ndiago, etc.<sup>5</sup>.

Las posibilidades para que una niña sufra la MGF dependen de su etnia aunque también cabe decir que puede encontrarse mujeres de etnias practicantes que no tengan hecha la MGF y al revés. La proporción de mujeres mutiladas varía mucho de un país a otro, oscilando entre 1 % en Camerún hasta el 96% en Guinea (véase el mapa).

Siguiendo el mapa, podemos reagrupar los países en tres grandes grupos:

Los países donde la gran mayoría de las mujeres están mutiladas la proporción varía entre el 50% y más del 75%. Los países donde la práctica depende de la etnia, la categoría social, y la generación, sólo una parte de la población está afectada, y la proporción de mujeres afectadas varía entre el 10% y 50%. Y por último los países donde sólo algunas minorías étnicas están afectadas, en los que la proporción de mujeres afectadas es inferior al 10%.<sup>6</sup>

En Sudan por ejemplo, la MGF es más que una práctica tradicional. Los hombres sudaneses prefieren mantener relaciones sexuales con mujeres cosidas que no cosidas, de tal manera que, cuando se casan con una mujer y descubren que ésta no está cosida, es motivo suficiente para divorciarse de ella inmediatamente. Las mujeres pertenecen a etnias no practicantes de la MGF temen que los hombres les rechacen incluso en su luna de miel. Esta situación hace que esas mujeres no mutiladas llevan a cabo la mutilación justo antes de casarse o justo después.

Las mujeres sudanesas, después de dar a luz, vuelven a dejarse coser porque a los hombres les gustan más las mujeres "cerradas". Ésta práctica se conoce bajo el nombre de "a'adal". Para la mujer mutilada coserse una y otra vez significa que cada vez que ocurre recibe un regalo del marido, incluso

---

<sup>5</sup> Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón.

<sup>6</sup> Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France.



esta práctica se ha vuelto una táctica de la mujer para asegurar su sitio en el matrimonio y evitar que el marido no se vaya con otra mujer. (Abusharaf, 2006, p. 161-165)

Cabe mencionar que la clitoridectomía (tipo I), se practicaba también en Europa en el siglo XIX, como tratamiento médico. Isaak Baker Brown autor del libro *La curación de formas indiscutibles de locura, epilepsia, catalepsia e histeria en las mujeres* (On the Curability of certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy, and Hysteria in Females: 1866), proponía la técnica de cortar con tijeras el órgano eréctil de la vulva femenina, más conocido como clítoris. ¿Con qué propósito? Con el fin de curar la rebeldía de las adolescentes e incluso la indisciplina de las mujeres casadas que no querían tener hijos o, en su osadía, se atrevían a rechazar el cónyuge. Pero además, a juicio de este ginecólogo, la mayoría de las enfermedades podían ser atribuidas a la sobreexcitación del sistema nervioso, en concreto a la sobreexcitación del nervio púdico situado en el clítoris. Así pues podemos confirmar que las “falsas” ideas acerca de los efectos benéficos de la MGF sobre la salud no sólo se dan en África. En Estados Unidos, la clitoridectomía<sup>7</sup> continuó practicándose por estas razones hasta bien entrado el siglo XX.

En los últimos tiempos, Colombia también ha despertado una gran sorpresa por el hecho de que la tribu indígena de la etnia Emberá-chamí<sup>8</sup> que habita en el suroccidente de Colombia también practica la MGF. El hecho quedó en evidencia por las denuncias de autoridades a cargo de la defensa de los derechos humanos a raíz de la muerte de niñas indígenas por infecciones producto de operaciones quirúrgicas llevadas a cabo en precarias condiciones de asepsia.

Este hallazgo ha sido objeto de muchos debates, que llevó tanto a miembros del gobierno como a las autoridades indígenas y responsables de la autoridad nacional, a trabajar para la erradicación de la MGF en esta etnia.

---

<sup>7</sup> La **clitoridectomía** consiste en la extirpación cruenta del clítoris, que es llevada a cabo con ayuda de instrumentos rudimentarios o por arrancamiento mediante un imperdible.

<sup>8</sup> Emberá-chamí: es un grupo étnico indígena de Colombia

## 2.5 Cómo y cuándo se realiza

Antiguamente, la MGF se llevaba a cabo a muchas niñas a la vez en forma de rito de iniciación o de transición de niña a mujer. Para el pueblo, es un acontecimiento digno de celebración. Se suelen organizar grandes fiestas para toda la comunidad en donde también se convence a las niñas de que la MGF es algo positivo. En ocasiones, la convención social es tan fuerte que incluso las propias niñas desean someterse a la ablación, como consecuencia de la presión social y por el miedo de ser rechazada por sus propias comunidades si no siguen la tradición. "Si a una niña no se le práctica la ablación, no podrá casarse ya que lo que lleva entre las piernas es impuro"<sup>9</sup>. (Dirie, 2002)

Las mujeres (madres, madrinas, tías, abuelas), son las que paradójicamente perpetran la MGF. Son las encargadas de preparar y acompañan a las chicas hasta el lugar donde se les van a practicar la MGF. En algunos lugares, a las chicas, por el camino se les hacen pasar por un río para que se les sensibilicen sus genitales.



---

<sup>9</sup> La película "Flor del Desierto" es el largo camino que Waris Dirie ha recorrido a lo largo de su historia: desde que huyó por el desierto evitando el matrimonio que su padre había concertado para ella a la edad de 13 años, hasta convertirse en embajadora de la ONU contra la MGF y crear su propia fundación.

La edad en la que se practica varía de una etnia a otra y de un lugar a otro. En este caso, puede que se utilice siempre el mismo instrumento sin limpiarlo entre un procedimiento y otro. Se suele utilizar instrumentos como: cuchillos especiales, tijeras, cuchillas de afeitar o trozos de vidrio.

Por lo general, la MGF se practica en niñas de entre 4 años y 14 años más o menos antes del primer embarazo. La operación suele llevarse a cabo por una mujer, generalmente muy respetada en la comunidad y de edad avanzada, designada especialmente para esta tarea. Esta mujer, con frecuencia, es también la partera tradicional o la curandera. Cabe mencionar que este ritual es un servicio muy bien remunerado económicamente.

El lugar de la operación suele ser normalmente en un bosque (en un lugar sagrado escondido de la vista de los hombres y de las niñas no mutiladas) o en la casa de la mutiladora. Esta casa suele estar apartada de la población. La operación se realiza sin anestesia mientras la niña es sujeta por otras mujeres.

En Togo por ejemplo, la MGF se celebra con cantos y bailes. Después en casa de la que va a ser mutilada, mientras es sujeta por mujeres, otra mujer practica la ablación a la niña y a continuación la venda con unos paños, para que la herida se cicatrice. Tras la ceremonia, unos días más tarde, la chica es acompañada para que tire el paño al río, pues con esto finaliza su paso de niña a mujer. Al hundirse el paño en el río se hunde así la infancia.



En algunos países, tras la MGF, se ata las piernas de la niña para que la herida se cicatrice cuando antes.

Debido a las leyes promovidas para la lucha y erradicación de la MGF, cada vez se lleva a cabo la práctica más pronto. Según un estudio llevado a cabo en Mali, por *Mission de Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides)*, sobre la práctica de la MGF, el 57% de las mujeres investigadas han sido mutiladas en su infancia, es decir entre 0 y 5 años. En el 9% de los casos, la mutilación ha sido practicada después de los 10 años. Entre las hijas de las mujeres encuestadas, el 77% han sido mutiladas antes de los 5 años<sup>10</sup>.

Hoy en día asistimos, tanto en los principales países donde se lleva a cabo como en el occidente, a variaciones en la forma de llevar a cabo la MGF, a saber:

- Se lleva a cabo en edades cada vez más tempranas.
- Se lleva a cabo de forma individual y no colectiva como antes.
- Debido a las leyes, ya no se lleva a cabo las celebraciones previas a la MGF.
- La práctica de la MGF se ha medicalizado en algunos países. Según un estudio demográfico llevado a cabo en 2008 sobre la salud de la población de Mali, el 92% de las madres estaban mutiladas, de tal manera que en el 89% de estas mujeres la práctica ha sido llevada a cabo por una mutiladora o la partera, y en el 2.5% por un profesional sanitario. En las niñas, esta cifra se eleva ligeramente pasando de 2.5% en las madres a 4.5 en las niñas.
- Mayor difusión, información y actuaciones contra la práctica.
- Reconstrucciones en los países desarrollados.

---

<sup>10</sup> Les Mutilations Génitales Féminines, *Mission Mali 12-18 novembre 2008*

[www.ofpra.gouv.fr](http://www.ofpra.gouv.fr). La mission de l'Ofpra s'est déroulée du 12 au 18 novembre 2008 à Bamako et à Kayes. Durant six jours, les missionnaires ont notamment rencontré des acteurs de la lutte contre l'excision, des sociologues, ainsi que des villageois qui ont abandonné cette pratique.



Aunque la medicalización puede parecer una respuesta razonable a la forma de practicar la MGF (evita las graves consecuencias inmediatas como las hemorragias, infecciones o incluso la muerte), sin embargo no lo es, ya que esta medida no toma en consideración las graves consecuencias que tiene sobre la salud reproductiva, sexual y mental de las mujeres a largo plazo. La MGF, esté realizada por un profesional de la salud o no, sigue siendo una violación de los derechos de la persona. En este sentido, muchas organizaciones se han declarado en contra de la medicalización de la MGF entre ellas la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia<sup>11</sup> (FIGO), la comunidad Inter-africana y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), han hecho un llamamiento a los profesionales sanitarios de no incluir entre sus labores la práctica de la MGF tanto en los hospitales, clínicas, etc. Se les hace un llamamiento para que utilicen sus establecimientos para llevar a cabo labores de prevención, incidiendo en las consecuencias de la MGF en la salud de la mujer. En este sentido, en 1998, el ASDAP (departamento de salud del ministerio maliense para la salud pública), desarrolló una intervención piloto en dos direcciones esenciales a saber:

- Trabajar con las clínicas en la detección de los tipos de MGF y las complicaciones de salud derivadas de ellos y la sensibilización e información en contra de la MGF a los clientes que acuden para practicar la MGF a sus hijas.

---

<sup>11</sup> La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia - FIGO - es la única organización internacional que agrupa a los obstetras y ginecólogos del mundo. Su misión es promover el bienestar de las mujeres y mejorar el nivel de práctica en obstetras y ginecólogos.

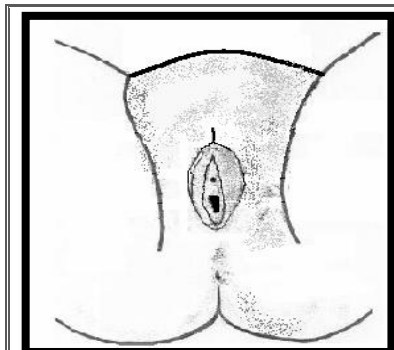
- Introducir el tema de la MGF en temas de salud en las consultas individuales, siempre y cuando sea posible (Abusharaf, 2006 pág. 130 – 132)

### 2.6 Clasificación y Tipo de MGF

Existen diversos tipos de MGF. Las variantes de las mismas dependen de la cultura en la que se ejecuten. Aunque la forma de llevarla a cabo varia de un país a otro, lo común en esta práctica es que se lleva a cabo en condiciones higiénicas deficientes. La OMS clasifica la MGF en cuatro grupos a saber:

- Tipo I o Clitoridectomía, Sunna.
- Tipo II o Escisión.
- Tipo III o Infibulación o Circuncisión faraónica.
- Tipo IV.

#### TIPO I: Clitoridectomía o Sunna.



Extirpación parcial o total del clítoris. Si sólo se ha extirpado el clítoris, las manifestaciones físicas de la MGF pueden ser muy poco evidentes y se requiere un examen del clítoris y de las estructuras adyacentes para poder identificarla.

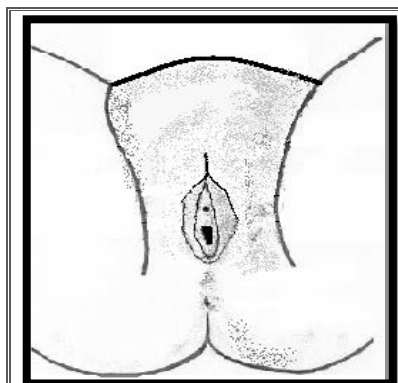
Se siguen viendo los labios menores y mayores claramente diferenciados. También se observa el meato urinario y la apertura vaginal.

El tipo I es el menos severo y se equipara a la circuncisión masculina.

Fuente de información: Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona.



### TIPO II: Escisión



No se observan las formaciones anatómicas de los genitales externos y no puede perfilarse el borde de los labios menores de forma diferenciada.

Imagen de los genitales externos con poco relieve (sin pliegues). La apertura vaginal no está afectada.

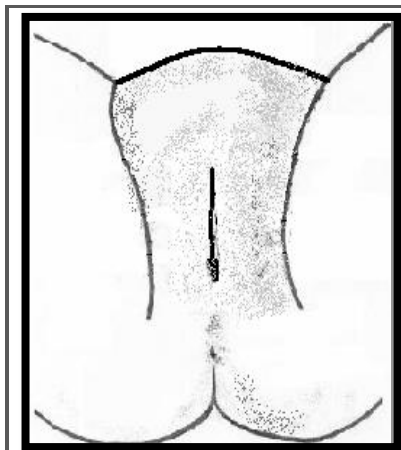
Se observa el meato urinario aunque a veces puede ocultarse bajo la cicatriz.

La cicatriz puede ser muy discreta y sólo apreciarse por un cambio de tonalidad (más clara).

Fuente de información: Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona.

El tipo II: Extirpación parcial o total del clítoris y los labios menores, en ocasiones los labios mayores. Los tipos I y II, son los más practicados en la África subsahariana como: Benín, Burkina Faso, Camerún, Costa de Marfil, Gambia, Ghana, Guinea, Mali, Nigeria, Níger, Senegal, Sierra Leona, Tanzania, Chad, Togo.

### TIPO III: Infibulación o Circuncisión faraónica



Escisión del clítoris, de los labios menores y también de los labios mayores. A continuación se suturan los bordes de la vagina dejando tan solo un pequeño orificio para el paso de la orina y fluidos menstruales. Se conoce también como circuncisión faraónica.

Imagen: El orificio vaginal está alterado, pequeño y con retracciones en los bordes. Se puede ver una cicatriz plana con mayor o menor retracción.

Se observan unos genitales planos con tan solo un pequeño orificio.

Fuente de información: Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona.

Tipo III: Es la más dolorosa ya que se practica sin anestesia y consiste en la eliminación del clítoris, los labios mayores y menores y su posterior cosido y cerramiento casi total de la vagina dejando sólo un pequeño orificio para la orina y menstruación. Este tipo de MGF es la intervención que más muertes

causa y está más extendido en países como Egipto, Etiopia, Somalia, Sudan y Yemen<sup>12</sup>.

### Tipo IV:



Consiste en todos los demás procedimientos nocivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Algunas mujeres se someten al tipo IV por motivos estéticos subjetivos para reducir o retirar los labios menores, a veces también para reducir el prepucio clitorico, aumentar el tamaño de los labios mayores, estrechar la entrada de la vagina, construir un himen o variar la posición del clitoris. Este tipo de MGF se denomina como "cirugía cosmética genital femenina" (Female Genital Cosmetic Surgery (FGCS)).

Hay que matizar que el tipo IV está más extendido en las sociedades occidentales. Al contrario de la sociedad africana, éstas prácticas del tipo IV son realizadas por voluntad propia de las mujeres, por embellecimiento corporal o siguiendo modas importadas de otras culturas. (Kaplan, P. Torán, K. Bermúdez y M<sup>a</sup> J. Castany).

Si se detectase a una mujer con la MGF del tipo 3, llamado también infibulación o circuncisión faraónica, es importante explicarle detalladamente la necesidad de llevar a cabo una intervención, la "desinfibulación"<sup>13</sup>. En el caso de que la mujer esté embarazada, hay que explicarle las consecuencias positivas que esta intervención tendrá para el desarrollo del parto, la salud del bebé y su propia salud. Esta tarea de información la puede llevar a cabo el profesional del trabajo social, prestando asistencia directa a la mujer, así como coordinarse con recursos externos para dar una atención integral a la mujer. De esta forma logrará crear una relación de ayuda que le permita llevar a cabo un seguimiento de posibles casos de riesgo en el futuro.

<sup>12</sup> Nahid Toubia, *Female Genital Mutilation, Women's Rights Human Rights*, New York: Routledge, 1995 pág 227.

<sup>13</sup> Descoser a la mujer para poder mantener relaciones sexuales o para dar a luz.



### **¿Cómo se practica la desinfibulación?**

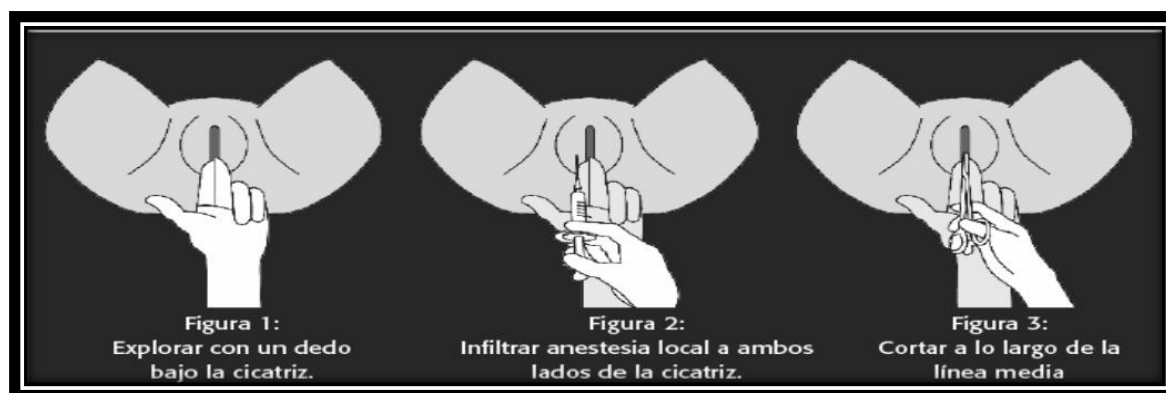
Previamente, hay que:

- Explicarle detenidamente la intervención, a ser posible con gráficos o dibujos. Hay que responder a las preguntas que surjan, haciendo hincapié en que, en los casos de precisarse una desinfibulación, NO se realizará, bajo ningún concepto, la reinfibulación después de que la mujer haya dado a luz.
- Como en cualquier otra intervención, pedir el consentimiento informado específico.
- No olvidar los aspectos emocionales y psicológicos que sin duda suscitará la desinfibulación. Ofrecer los recursos disponibles para tratarlos.
- Tranquilizar a la mujer en cuanto al tratamiento del dolor, asegurándole que será el adecuado y suficiente (intentar evitar la idea de revivir la mutilación).
- Ofrecer y asegurar los cuidados postquirúrgicos específicos, tanto hospitalarios como ambulatorios.
- Explicar detenidamente los cambios que percibirá en cuanto a la micción, la menstruación y las relaciones sexuales.
- Reforzar durante todo el proceso, tanto a la mujer como a su pareja, con información sobre los beneficios derivados de esta actuación.
- Asegurar la privacidad y confidencialidad.

### **Técnica de la desinfibulación**

- Previo a su realización, habrá que tener en cuenta todo lo indicado anteriormente para cualquier tipo de cirugía reparadora
- La intervención se puede realizar con anestesia local pero, en muchos casos –sobre todo cuando se realiza antes de la gestación– la mujer puede no tolerarlo por desencadenarle recuerdos dolorosos, por lo que precisará anestesia general.
- Si se realiza la desinfibulación durante el parto, la anestesia más conveniente y segura para la madre y el bebé es la epidural.

- Recibir a la mujer de forma cálida y recordarle los beneficios derivados de la intervención.



Fuente: "Mutilación genital femenina. Abordaje y prevención". Medicusmundi Andalucía

A modo de recapitulación, se puede decir que el tipo I y II son más practicado en África de oeste mientras que el tipo III, en África de este.

## 2.7 Posibles consecuencias físicas

Las consecuencias de la MGF no concluyen tras la intervención inicial. La niña o la mujer afectada queda mutilada de manera permanente, y puede padecer otros daños físicos y mentales graves a largo plazo. En su vida posterior, puede verse obligada a someterse a procesos de infibulación, desinfibulación o reinfibulación, por ejemplo, tras el matrimonio, o en el parto. Las supervivientes de la MGF también corren riesgos significativamente mayores durante el parto, incluida la posibilidad de perder el bebé durante o inmediatamente después del parto. Los estudios establecen que estos riesgos crecen conforme aumenta el grado de MGF practicada.

Así pues, se puede decir que la MGF no aporta ningún beneficio a la salud de las mujeres y niñas, sino que la perjudica de formas muy variadas. Por paradójica que puede parecer la situación y a pesar de todas esas graves

consecuencias que tiene la MGF para la salud de las mujeres, son ellas mismas las que la promueven y la practican a sus hijas o nietas<sup>14</sup>.

Según diversos estudios, daña el tejido genital femenino que interviene en la función natural del aparato femenino externo. Es muy importante matizar que la MGF no afecta de manera idéntica a todas las mujeres mutiladas. Sus efectos varían según el tipo de MGF. Incluso hay mujeres que no saben que la tienen hecha. Entre sus complicaciones cabe destacar los daños de tipo:

- + Físico
- + Psicológico

### 2.7.1 Consecuencias Físicas

**Hemorragia:** La ablación del clítoris y de los labios menores conlleva la sección de gran cantidad de vasos sanguíneos a través de los cuales fluye sangre a elevada presión. La hemorragia es la complicación más frecuente de la mutilación y en ocasiones puede ser tan grave que cause la muerte de la niña o mujer. Además, también puede producirse un sangrado a medio plazo por desprendimiento del coágulo que cubre la herida.

**Dolor muy intenso:** Los genitales externos son una zona con una rica inervación, por lo que su manipulación sin anestesia es muy dolorosa.

**Infección:** Como consecuencia de la realización del procedimiento sin medidas higiénicas, ya que es frecuente el uso de instrumentos y medios contaminados para la sección y posterior cauterización de la herida. Entre las infecciones recurrentes cabe destacar infecciones pélvicas, hepatitis B, infección por VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sanguínea.

**Infertilidad:** Es provocada por diversas infecciones.

---

<sup>14</sup> Testimonio de Moussa: El día de su boda, su mujer ha tenido que ser desinfibulada. Su mujer es partidario de la MGF. Su hija ha sido mutilada sin su consentimiento.

**Lesiones de los tejidos cercanos:** Como uretra, vagina, perineo y recto debidos a la poca destreza de la mutiladora, que puede ser una persona ancianas con mal pulso y visión ya deteriorada, unido al hecho de que el dolor hace que sea difícil que la niña / mujer se mantenga quieta durante la operación.

**Retención de orina:** Como consecuencia del dolor, de la inflamación o por lesión directa de la uretra.

**Muerte:** Sucede en ocasiones cuando surgen complicaciones tras la MGF.

**Complicaciones en el parto:** Desgarros, alargamiento del periodo expulsivo (sufrimiento fetal) debido a la obstrucción creada por la cicatriz que cubre la uretra y la vagina. Además de las lesiones derivadas de la “apertura” y “cierre” necesarios en cada parto.

**Mortalidad materno-fetal:** Por dificultad en los partos debido a la infibulación, pero también muchos niños salen deformes.

### 2.7.2 Consecuencias psicológicas y sexuales.

- ❖ La mutilación puede estar marcada con sentimientos de miedo, angustia, sumisión e inhibición y bloqueo emocional.
- ❖ La memoria del hecho acompaña a la mujer afectada durante toda su vida. Algunas mujeres sufren, además de menstruaciones dolorosas, dolor durante las relaciones sexuales, debido a las cicatrices, a la estenosis vaginal o a las infecciones. En los casos de infibulación (tipo III), la penetración vaginal puede ser imposible sin reabrir la cicatriz.
- ❖ Necesidad de la desinfibulación parcial como parte del rito de matrimonio para permitir la penetración.

- ❖ Pude producirse vaginismo<sup>15</sup> por lesiones en el área vulvar e intentos repetidos y muy dolorosos de penetración.
- ❖ En algunos casos, la aparición de fístulas vésico-vaginales o recto-vaginales, las conduce a la marginación social.
- ❖ La experiencia de la MGF se ha asociado a una serie de desórdenes mentales y psicosomáticos como alteraciones del apetito y del sueño, pesadillas, ataques de pánico, dificultades para la concentración y el aprendizaje.
- ❖ Al crecer, pueden experimentar sentimientos de pérdida de autoestima, depresión, ansiedad crónica, fobias, pánico e incluso alteraciones psicóticas. Muchas mujeres padecen sus problemas en silencio, incapaces de expresar su dolor y su miedo.
- ❖ Relaciones sexuales dolorosas.
- ❖ Frigidez, anorgasmia<sup>16</sup> debida a la amputación del glándulo del clítoris.
- ❖ Las niñas o mujeres que no han sido mutiladas pueden ser estigmatizadas y rechazadas por su comunidad y no poder contraer matrimonio.

## 2.8 Reconstrucciones

Según las entrevistas llevadas a cabo, podemos deducir que muchas de las mujeres mutiladas, no eran conscientes de que fueran víctimas de la MGF ni de la incidencia de ésta en sus males físicos o psicológicos hasta que llegaron a España. Estas pensaban que todas las mujeres eran como ellas e incluso se sentían orgullosas ya que durante todas sus vidas se les han

---

<sup>15</sup> El vaginismo es la imposibilidad de realizar el coito, debido a la contracción involuntaria de los músculos del tercio inferior de la vagina.

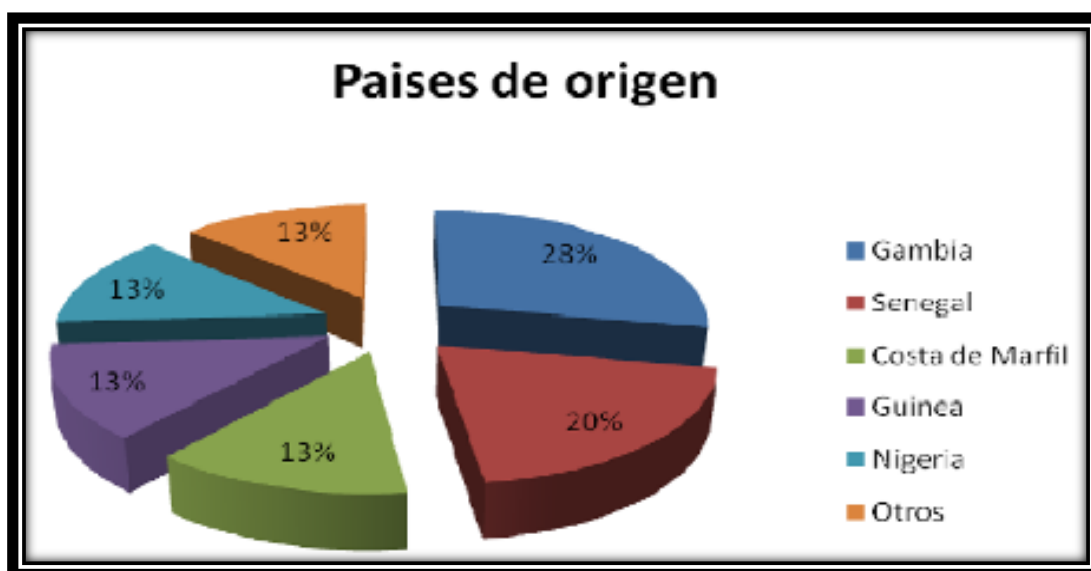
<sup>16</sup> Anorgasmia: Es, junto con la falta de deseo, una de las disfunciones sexuales más comunes de la mujer. Puede haber anorgasmia en el hombre, pero es menos frecuente y difícilmente diagnosticada, ya que se oculta tras el prejuicio erróneo de que la eyaculación es un orgasmo.

inculcado que una mujer no mutilada era impura y sucia. El darse cuenta de que son diferentes de las “otras” mujeres, les genera mucho conflicto y sufrimiento ya que ven desmoronarse todos los tópicos que han creído o les han inculcado. Desde ese momento se dan cuenta de que han sido víctimas de una práctica tradicional nada beneficiosa para ellas, y al contrario, las perjudica físicamente y psicológicamente. Pero aun viviendo en un país desarrollado como España, muchas de ellas sufren en silencio ya que no cuentan con la asistencia psicológica pertinente cuando descubren esa realidad. Algunas mujeres de esta población afectada buscan ayuda psicológica en asociaciones sin ánimo de lucro como Médicos del Mundo.

La falta de recursos adaptados y adecuados hacen que estas mujeres sean doblemente castigadas: por una parte por su comunidad de origen que las obligan a practicar la MGF y por otra parte por el país de acogida, que pese haber expresado su preocupación, no proporciona verdaderas medidas dentro de su territorio para atender las necesidades de las afectadas. Sin ir lejos la reconstrucción genital post ablación puede ser una solución que alivie el dolor de las mujeres afectadas. Sin embargo en España, sólo hay un médico que trabaja en esta dirección y es el doctor Pere Barri Soldevila de la Fundación Dexeus-Salud de la mujer en Barcelona. Este mismo doctor trabaja también en el Hospital Universitario de Valencia y las operaciones de reconstrucción de clítoris representan sólo un 1% de su actividad. Esta intervención se ofrece de forma gratuita (de momento) y es una cirugía reconstructiva del clítoris que permite reconstruir anatómicamente los órganos genitales afectados. Según el doctor, en el 90% de los casos se consigue una restitución anatómica. En el 75%, una restitución funcional, es decir, la mujer recupera la capacidad de tener orgasmos.

En España se calcula que viven más de 40000 mujeres procedentes de países de riesgo. Desde la implantación de este proyecto en Cataluña, en 2008, 30 mujeres se han sometido a la reconstrucción post ablación y unas 20 más están en espera. Este resultado nos indica que pese el sufrimiento, la reconstrucción todavía no representa una alternativa para la gran mayoría de las mujeres afectadas. El perfil de las mujeres que desean recuperar su

miembro mutilado, esté extirpado de forma parcial o total, responde al de una inmigrante africana de 27 años de media que nació fuera de su país o bien que llegó pequeña a la nueva ciudad occidental donde vive. Un 28% de ellas provienen de Gambia, el 20% Senegal, 13% respectivamente Costa de Marfil, Guinea, Nigeria, y otros.



Fuente: programa de reconstrucción genital post-ablación

Llama la atención que pese la cantidad de mujeres afectadas viviendo en España, haya un solo médico trabajando en esta dirección. Supongo que este tipo de intervenciones no es rentable ya que las afectadas no se la pueden costear. Según el médico francés Pierre Foldes (pionero en este tipo de intervenciones en Francia, que lleva trabajando más de 20 años en esta dirección), es una cirugía plástica reparadora sencilla que consiste en reconstruir el clítoris, utilizando la parte interna del clítoris que nunca es extirpada completamente -porque mide unos 10 centímetros-. La operación dura aproximadamente unos 45 minutos.

Francia se sitúa a la cabeza en el ámbito de la cirugía post ablación, desde que en 2003 incluyera este tipo de intervención entre los servicios reembolsados por la seguridad social, en unos quince hospitales en todo el territorio.

## 2.9 Testimonios

He aquí algunos testimonios cuya realización me ha proporcionado mucha información en la elaboración de este trabajo. Son testimonios de cuatro personas de nacionalidades diferentes. Son historias de MGF narradas desde diferentes ángulos. Por ese motivo y otros, la elección de las personas a entrevistar no ha sido tarea fácil ya que a la gente afectada directamente o indirectamente no le resulta fácil hablar de la MGF sin revivirlo. En el caso de las mujeres, que son las afectadas directas, les cuesta más hablar de un tema que, en su cultura, se considera tabú. Tampoco les gusta hablar del sexo abiertamente puesto que no tienen costumbre de hacerlo.

### Entrevista a Moussa

Moussa es un hombre senegalés de 34 años. Es mediador intercultural. Aunque Moussa no es un afectado directo, su historia es una de las muchas de los hombres que sufren en silencio las consecuencias la MGF.

*"Llegué a España hace cuatro años de Senegal en busca de una vida mejor. En mi país, dejé a mi mujer y mis dos hijos (un niño y una niña). En mi pueblo, nadie cuestiona la MGF. Es algo que se hace, que está allí pero nadie hablaba de ella. Todos los sufrimientos derivados de la práctica, lo vivimos en privado y en silencio.*

*La noche de mi boda me trae malos recuerdos porque tuve que llevar a mi mujer a la mutiladora para volver a abrirla para poder practicar el acto sexual con ella. Aun con la herida en carne viva, tuve que penetrarla reiteradamente para evitar que la nueva apertura no se suturase.*

*Estando aquí, mi hija fue mutilada sin mi consentimiento cuando ésta contaba con tan sólo dos meses de vida. Mi madre y mi mujer han sido las que planificaron y llevaron a cabo la MGF de*



*mi hija. Cuando le dije a mi mujer que en España estaba prohibido la MGF, su contestación fue que prefiere mutilar a nuestra hija y no viajar a España que no mutilar a la niña y viajar a España.”*

Testimonio de Moussa Dia, mediador intercultural

### Entrevista a Fatou

La historia de Fatou, es la de una mujer gambiana de 42 años, que lleva 13 años viendo en España. Es Mediadora intercultural.

*“Mi padre es soninke sarajole y mi madre pula. Estas dos etnias practican la MGF. Me practicaron la MGF cuando yo era todavía un bebe por lo que no me acuerdo de cómo fue.*

*Estoy separada y vivo con dos de mis tres hijos. A raíz de mi separación, me he sentido estigmatizada por mujeres y hombres de mi tierra ya que dicen que soy una “puta” por el hecho de haberme divorciado. Cuando llegué a España, pensaba que todas las mujeres tenían la MGF hecha como yo. Tras participar en los talleres de prevención y sensibilización, descubrí la verdad de que esto no era así. La verdad me causó un impacto tan grande a la vez que me he sentido engañada por mi familia y mi comunidad, que durante años me han hecho creer que la MGF era lo mejor para mí. Esta situación me llevó a convertirme en mediadora intercultural para así poder contar la verdad a las mujeres a cerca de la MGF.*

*Deseo que la información llegue a cuantas más mujeres mejor porque pienso que ninguna mujer africana quiere hacer sufrir o poner a sus hijas en peligro. Simplemente deben entender las consecuencias de la MGF. También deseo que los hombres sean más conscientes de la situación y no pensar sólo en su propio interés.*

*Como mediadora, pienso que hay que comenzar a sensibilizar a los más jóvenes como estrategia de prevención y los gobiernos africanos deben comprometerse más en la lucha contra la MGF."*

Testimonio de Fatou Sisay, mediadora intercultural

### **Entrevista a Amina**

Amina es una joven de Gambia de 22 años que asiste a los talleres de sensibilización de los jóvenes que realiza Médicos del Mundo. Tiene un hijo de 7 años y está separada.

*"Me practicaron la MGF cuando era niña. En mi pueblo, todo el mundo está convencido de que la MGF es buena para todas las niñas y es un requisito para poder casarse y tener hijos.*

*Me casaron con apenas 14 años. Fue un matrimonio pactado. El hombre con el que mi padre me comprometió, vivía y vive en España por lo que un día tuve que coger el avión para venir a encontrarme con él. Este ya tiene una mujer y seis hijos. Hoy, tengo 22 años, con tan sólo la enseñanza primaria superada y un hijo de 7 años, fruto de mi relación con el hombre con el que me casaron. Ahora, estoy separada de mi "marido" y tengo que sacar adelante sola mi hijo.*

*La MGF, sólo favorece a los hombres ya que no quieren que las mujeres sintamos el deseo sexual para así poder casarse con varias mujeres a la vez.*

*Tener información me ha ayudado a no tener miedo a enfrentarme a personas que sí defienden la práctica. Si hoy tuviera una niña, no le practicaría la MGF. Asistir a los talleres y*

*hablar del tema con personas jóvenes como yo, me da mucha seguridad y una autoestima alta.”*

Testimonio de Amina Cesay.

### **Entrevista a Isifou**

Isifou es de Mali y asiste a los talleres de sensibilización de la MGF con los hombres. Acude a los talleres porque está preocupado por la salud de sus hermanas. Pertenece a la etnia Bámbara (etnia mayoritaria localizada más o menos al centro de Mali). Tiene 30 años y lleva 9 años viviendo en España con su hermano y un sobrino. En su etnia, se practica la MGF a las niñas y la circuncisión a los niños.

*“No me acuerdo muy bien de cómo se ha llevado a cabo la ceremonia de MGF de mis hermanas, pero sí que sé de forma general que una mujer a la que no se le ha practicado la ablación, se la denomina “blakjoro” (mujer sucia y rechazada con la que nadie se casará). Mi madre me decía que se practica la ablación a las chicas para que estas puedan llegar vírgenes al matrimonio, ser respetuosas y sumisas a sus maridos. Antes de llegar a España, yo también pensaba igual.*

*De siempre, mis hermanas han tenido una salud muy delicada. Las veía padecer y sufrir mucho de enfermedades como dolores de tripa, menstruaciones dolorosas y largas, picores vaginales, etc.... que las dejaban incapacitadas durante muchos días. Desde que estoy viviendo en España, siempre he mandado dinero a mis hermanas para que puedan costearse los tratamientos médicos, pero hasta a día de hoy, no experimentan mejoría en su estado de salud. La situación ha llegado a preocuparme tanto que creía que padecían cáncer de estomago. También tengo una tía que ha perdido todos los hijos que ha tenido por complicaciones en el*

*parto, debido a una cicatriz que tenía en la zona vaginal como consecuencia de la MGF.*

*Por desgracia, a mis sobrinas también a ellas les espera la misma suerte que a mis hermanas puesto que no estoy allí para impedirlo y además la MGF, es un tema en el que sólo las mujeres tienen dominio.*

*Pienso que la gente sigue practicando la mutilación por falta de información. En mi tierra cuando una niña muere desangrada por culpa de la práctica de la MGF, nadie lo asocia con esto, al contrario todo el mundo piensa que es obra de un brujo. Hay que hablar mucho con la gente sobre todo a las mujeres e incidir mucho en las consecuencias nefastas de ésta práctica en la salud de la mujer.”*

Testimonio de Isifou Dialo de Mali.

### 3. MARCO JURÍDICO Y LEGAL

¿Por qué una práctica tan grave ha perdurado y sigue existiendo en nuestro tiempo?

Varios son los factores que han impedido que durante muchos años esta práctica fuera considerada como una cuestión de derechos humanos. La MGF es promovida por los padres y los miembros de la familia, que creen que tendrá efectos benéficos para la niña en su vida posterior. La violencia contra mujeres y niñas en el hogar o en la comunidad se consideraba un asunto “privado”; el hecho de que sus perpetradores fueran personas particulares y no agentes del Estado impidió que se considerase la MGF como una legítima preocupación de derechos humanos. Otro obstáculo era el hecho de que la MGF está arraigada en las tradiciones culturales.

Hoy, sin embargo, las consecuencias que la MGF tiene para los derechos humanos son tan claras que a nivel **internacional, europeo, nacional y autonómico**, se han desarrollado leyes para luchar contra ella.

#### 3.1 Ámbito internacional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, y numerosas normas que de ella se derivan, subraya la obligación que tienen los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos básicos, en este caso los referidos a la integridad física y psíquica, la no discriminación por razones de género y la salud.

La Conferencia Mundial de la ONU sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 hizo un llamamiento para la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres.

Existen prohibiciones explícitas de la MGF en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer, y en la Declaración y Plataforma de Acción de Pekín (1995).

El Artículo 24.3 de la Convención de 20 de noviembre de 1989 sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, indica:

*"Los Estados miembros adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños."*

El Consejo de la Unión Europea y el Parlamento Europeo también han llevado a cabo iniciativas jurídicas contra la MGF, dejando claro que es una violación de los derechos fundamentales y una forma de violencia contra las mujeres, no justificable por respeto a tradiciones culturales o religiosas.

### **3.2 Ámbito europeo**

Han sido varios los documentos y resoluciones en los que se insta a los Estados miembros a que elaboren legislación específica y adopten medidas adecuadas para poner fin a la MGF. La MGF está prohibida en las leyes penales de los siguientes países europeos:

Finlandia (Titulo 21, art. 5 y 6 del código penal: Agresión), Francia (art. 222.9 y 222.10 del código penal: Mutilación), Alemania (Apartados 224 y 226 del código penal: Produce graves e importantes consecuencias físicas), Grecia (Art. 308 – 315 del código penal: Daño físico), Irlanda (Justicia criminal art. 2000: Daño físico), Luxemburgo (Art. 392 del código penal: Lesión corporal voluntaria), Portugal (art. 143 – 149 del código penal: grave daño físico), Holanda (art. 300 – 304 del código penal: graves lesiones físicas).

Todas las leyes criminales promovidas en estos países consideran la práctica de la MGF como "grave atentado a la integridad física" y en situaciones agravantes, la pena será mayor; como en estos casos: la muerte (Finlandia, Grecia, Luxemburgo, Portugal, Holanda), cuando la agresión es contra un menor (Francia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Portugal) o cuando la agresión es cometida por los padres o tutores.

En Francia, Alemania y Holanda, se persigue tanto dentro como fuera del país la práctica de la MGF. Por ejemplo los padres pueden ser penados si practican la MGF a sus hijas en su país de origen durante sus vacaciones. En Francia por ejemplo hay un agravante en el caso de que se le practica la MGF a una niña que tiene la nacionalidad francesa fuera del país.

Cabe decir que Francia es pionera en la condena y persecución de la MGF, la tipifica como delito en los art. 222-9 y 222-10 del Código Penal desde 1979. Se han dado procesos judiciales de gran impacto social, con penas de prisión para madres, padres y practicantes. Fue el primer país que articuló medidas disuasorias para aquellas familias que viajaban con las niñas “a ver a la familia”, que establecen, entre otras, la exploración médica de las niñas.

En Alemania se califica el acto de MGF fuera del país sólo como una falta criminal si la persona que la hubiera cometido es alemán y no ha sido extraditada del país donde se ha cometido o cuando la víctima es alemana y se castiga doblemente si el país donde se ha llevado a cabo la MGF cuenta con una ley que la prohíbe. También se estipula como delito en el artículo 223 del Código Penal que el personal médico que practique la MGF se enfrentará a inhabilitación de 1 a 5 años. En Alemania se han dado varios casos de MGF denunciados y realizados en clínicas privadas del país, pero nunca hubo condenas por falta de pruebas.

Otros países europeos han elegido crear leyes específicas o han añadido cláusulas a las leyes del código penal para luchar y perseguir la práctica de la MGF. Ha sido el caso de los países siguientes: Austria, Bélgica, Dinamarca, Italia, España, Suecia y Reino Unido. Suecia y Reino Unido fueron los primeros países europeos en desarrollar leyes específicas en 1982 y 1985 respectivamente.

Suecia ha sido uno de los primeros países occidentales, junto con Francia, en legislar en contra de la MGF prohibiendo su práctica. En 1998 se llevó a cabo una revisión para cambiar la terminología pasando de “Circuncisión femenina” a “Mutilación Genital Femenina” y se endureció la pena. También en

Reino Unido, se cambió la terminología anterior a MGF en 2003 y se persigue la práctica tanto dentro como fuera del territorio.

En Reino Unido, la Ley de Prohibición de la Circuncisión Femenina, de 1985, la tipifica como delito. Se modificó en 2003 para ampliar la persecución de las practicadas fuera del país, también se cambió la denominación por las críticas que la consideraban débil.

España castiga la MGF practicada dentro y fuera de su territorio desde 2004, anteriormente se aplicaban los art. 421 y 422 del capítulo IV del Código Penal, aunque no abarcaba las practicadas fuera del país. La modificación de la L O del Poder Judicial de 2004, por la que la justicia española se declara competente para perseguir estos delitos cometidos por españoles o extranjeros dentro y fuera de España, amplía el campo de actuación y reduce sensiblemente las “tentativas” de practicar la MGF aprovechando las vacaciones al país de origen.

Por último, se ha desarrollado leyes en países como: Bélgica (art. 409 del código penal; 27/03/2001), Austria en 2002 (sección 90 del código penal, 01/01/2001), Dinamarca en 2003 (art. 245-246 del código penal, 01/06/2003), España en 2003 (art.149 del código penal, 01/10/2003) e Italia en 2005 (art. 583 bis del código penal 23/12/2005).

### **3.3 Ámbito de los países de riesgo**

Algunos gobiernos africanos han prohibido la MGF, aprobando en sus parlamentos leyes sancionadoras específicas, entre ellos Senegal, Mali, Burkina Faso, Mauritania o Ghana, aunque por el momento no existe una legislación unificada al respecto.

En los países de riesgo la legislación es un avance importante en el reconocimiento de los derechos fundamentales por parte de los gobiernos, pero hasta el momento, su impacto sobre la reducción de la prevalencia de mujeres que han sufrido MGF es todavía reducido. Resulta paradigmático, por ejemplo, el caso de Etiopía, donde la propia Constitución prohíbe la práctica y,



aún así, el 74% de mujeres siguen siendo mutiladas, como se muestra en la tabla a continuación.

País	Prevalencia	Legislación	Año
<b>Benín</b>	(2001) 17%	Ley específica	2003
<b>Burkina Faso</b>	(1999) 72% (2005) 76,6%	Ley específica	1996
<b>Camerún</b>	(2004) 1,4%		
<b>Chad</b>	(2004) 45%	Ley específica	2002
<b>Costa de Marfil</b>	(1994) 43% (1995) 45%	Ley específica	1998
<b>Djibouti</b>	93%	Art. específico Código Penal	1995
<b>Egipto</b>	(1995) (2000) 97%** (2005) 96%**	Orden ministerial Ley específica	1996 2008
<b>Eritrea</b>	(1995) 95% (2002) 89%	Ley específica	2007
<b>Etiopía</b>	(2000) 80% (2005) 74%	Art. específico en la Constitución	1994
<b>Gambia</b>	78%	*Art. específico en la Ley de Infancia	2005
<b>Ghana</b>	(2003) 9%	Art. específico en la Constitución	1994
<b>Guinea</b>	(1999) 99% (2005) 96%	Ley específica	2000
<b>Guinea Bissau</b>	44%		
<b>Kenia</b>	(1998) 38% (2003) 32%	Ley específica	2001
<b>Liberia</b>	45%		
<b>Mali</b>	(1996) 94% (2001) 92%	*Protocolo. Programa Nacional para combatir la MGF	2002
<b>Mauritania</b>	(2001) 71%	Ley específica	2005
<b>Níger</b>	(1998) 4,6% (2005) 4,2%	Art. Específico Código Penal	2003
<b>Nigeria</b>	(1999) 25% (2003) 19%	No a nivel nacional, pero múltiples estados han legislado	2005
<b>República Centroafricana</b>	(1994) 43%	Ley específica	1996
<b>Sierra Leona</b>	94%		
<b>Somalia</b>	98%		
<b>Sudán</b>	(1999, norte) 89%**	Art. Específico Código Penal contra la infibulación Art. Específica Código Penal	
<b>República Unificada de Tanzania</b>	(1996) 18% (2004) 14%	Art. Específico Código Penal	1998
<b>Togo</b>	6%	Ley específica	1998
<b>Uganda</b>	(2006) 0,8%	Ley específica	2010
<b>Yemen</b>	(1997) 23%		

\* No tiene carácter punitivo

\*\* Muestra consistente en mujeres casadas

Fuentes: Inter-African Committee, *National Laws on FGM*. Y United Nations Division for the Advancement of Women, *The UN Secretary-General's database on violence against women*

Ha habido también conferencias y encuentros internacionales para la erradicación de la MGF en los países de riego a saber:

- ✚ El Cairo 1979 - Conferencia de jefes religiosos.
- ✚ Jartúm 1979 - Seminario sobre las prácticas que afectan a la salud de la madre y del niño.
- ✚ Nairobi junio 1985 - Fórum de Nairobi sobre el Islam y la MGF.
- ✚ El Cairo 1994 - Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo.

El 5 de abril de 1984 el Presidente de Senegal Abdou Diuf proclama durante la conferencia de Dakar que era necesario "Acelerar la desaparición de la escisión por la educación y no por anatema".

Pese a la prohibición y a la legislación desarrolladas, se sigue practicando la MGF en África y, en muchas ocasiones, las autoridades no toman en serio la gravedad de ésta práctica. (Película "El caso Kripan")

Por este motivo, a las mujeres que huyen de allí donde el Estado ha fracasado, se les debe de conceder el asilo con el fin de velar por su integridad e imponer sanciones penales contra (o presentar cargos) los perpetradores de la MGF. Pero no siempre eso es así ya que en muchos países se les deniega a las mujeres el estatus de refugiada por motivo de MGF. Prueba de ello es el caso de Fauyiza Kasinga, una joven de 19 años que entró ilegalmente en Estados Unidos por miedo a ser sometida a la MGF en su país, Togo. Aunque a Kasinga se le ha concedido el asilo, esto no fue después de haber pasado en prisión más de un año por decisión de un juez que no creyó su historia y posteriormente fue puesta en libertad "Esta situación es la prueba de la discriminación que sufren las mujeres ya que en Europa, se concede asilo a cualquier persona que sea víctima de tortura por motivos políticos y demuestre la veracidad de sus afirmaciones. Sin embargo, si una mujer es torturada porque en su país de origen no se la considera un ser humano, por lo visto no es motivo suficiente para concederle el asilo político" (Dirie 2002, p. 15- 20).

### 3.4 Ámbito estatal

En España la práctica de la MGF, en cualquiera de sus variantes, es considerada delito de lesiones. La legislación española aplicable a la MGF se recoge en los siguientes artículos del Código Penal.

Artículo 149 del Código Penal. Tras la reformulación de dicho artículo mediante la L.O. 11/2003, de 29 de Septiembre, queda plasmado del siguiente modo:

149.1 El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años.

149.2 El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.

Dos años más tarde, y con el objeto de ampliar el alcance de la ley, se incluye un nuevo apartado en el artículo 23.4 de la LOPJ, de 8 de Julio, en el que se especifica la aplicación de la citada ley también en los casos en que la MGF se realice en los países de origen, y fuera del territorio español, siempre y cuando los responsables residan en España. Esto supone una ampliación del alcance de la ley, para evitar la impunidad en los casos en los que se aproveche la realización de un viaje al país de origen para practicar la MGF a las niñas.

Asimismo en La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en el artículo 13 se indica "toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más

próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”. Igualmente el artículo 14 establece la atención inmediata e indica: “Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor o, cuando sea necesario del Ministerio Fiscal”.

La Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que modifica la 6/1985, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la MGF, en su art. único se indica: “Igualmente será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley penal española, con algunos de los siguientes delitos: genocidio, los relativos a la MGF, siempre que los responsables se encuentren en España”.

### **3.5 Ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón**

La Comunidad Autónoma de Aragón, en distintas normativas y planes desarrollados, contempla el fenómeno de la MGF tanto a nivel de vulneración de derechos fundamentales como a nivel de prevención y sensibilización:

La Ley 12/2001 de 2 de Julio de la Infancia y Adolescencia en Aragón, en el artículo 32, relativo a los derechos de los menores, incluye el derecho a la promoción y protección de la salud.

La Ley 4/2007 de 22 de marzo de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón, en su artículo 2 indica las formas de violencia contra las mujeres y, entre otras, contempla y considera la MGF.

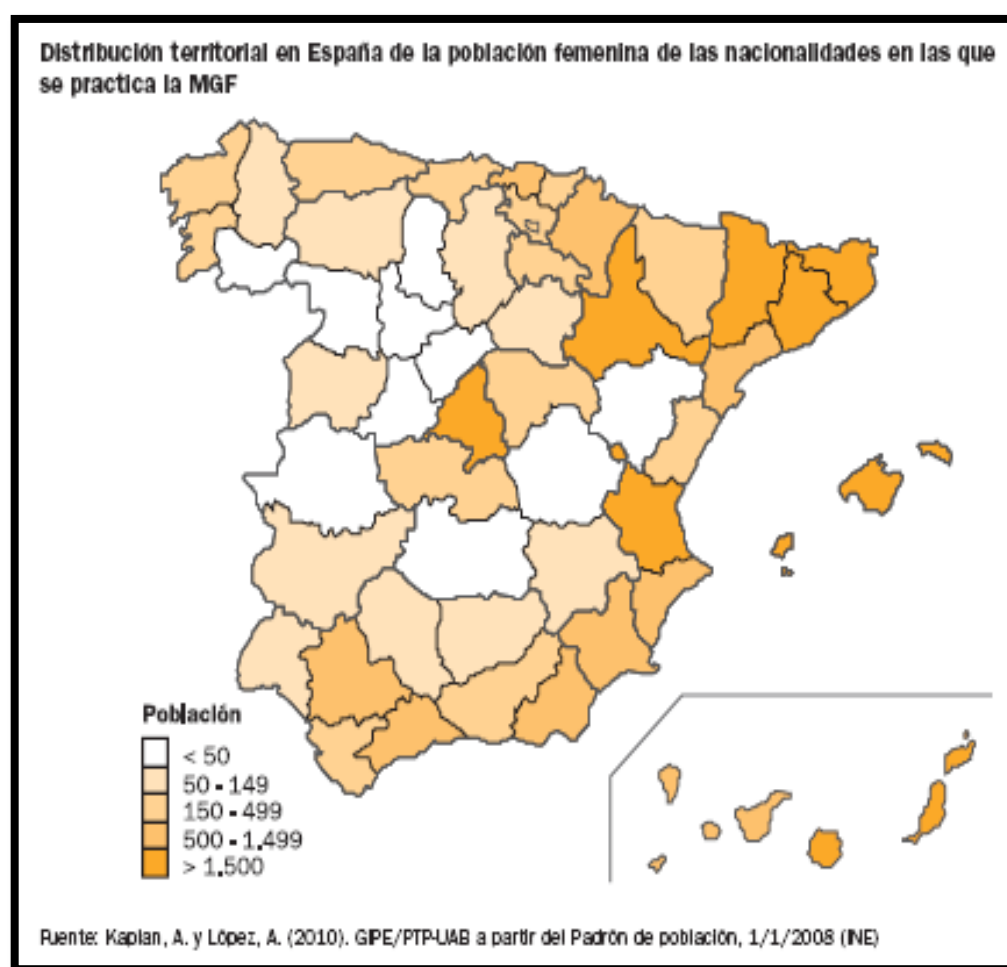
El II Plan integral para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón contempla acciones de prevención y sensibilización a profesionales y población en general acerca de la violencia contra la mujer, sus distintas formas y el tratamiento de las mismas. Asimismo, contempla la

coordinación entre distintos departamentos y organismos del Gobierno de Aragón para el desarrollo de políticas transversales relativas a esta materia.

El Plan Integral para la Convivencia Intercultural en Aragón 2008-2010, una de las medidas que contempla es: "Actualizar y difundir el programa de detección precoz de riesgo de MGF".

## 4. TRABAJO SOCIAL. PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Según el mapa de la MGF elaborado por la Universidad Autónoma de Barcelona, en España hay 10.000 niñas entre 0 y 14 años en riesgo de sufrir ablación del clítoris. Y aunque la ley española lo prohíbe, las familias aprovechan los viajes a sus países de origen para hacerlo. La mayoría de estas menores vive en Cataluña, Andalucía, Canarias y Aragón.



Fuente de información: Adriana Kaplan y Antonio López, "Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España, 2009". UAB, 2010. p. 33

Los primeros casos detectados fueron en Cataluña en el año 1993. Ambos fueron denunciados por profesionales de la salud pero las sentencias resultaron absolutorias para los padres alegando “la no intencionalidad de lesionar, y el error de prohibición”.

El Defensor del Pueblo también se ha hecho eco de casos en los que inmigrantes acudieron a centros sanitarios para pedir a los sanitarios que mutilaran los genitales de sus hijas.

En Aragón, en 2011 se ha detectado un caso de MGF en donde se ha juzgado a un matrimonio de Gambia, que reside desde hace cuatro años en Alcañiz, de haber consentido y ser copartícipes en la práctica de la MGF a su hija cuando ésta contaba con pocos meses de edad. Este caso es especial ya que es el primer caso en España de una sentencia y pena de cárcel a los padres por considerarles culpables de delito de lesión ejercido directamente por ellos o bien a través de una persona desconocida, a practicar la ablación a su niña. Lo agravante en este caso es que hay indicios de sospecha de que la MGF se ha llevado a cabo en el territorio español.

También en Palma de Mallorca, un hombre de Mali ha sido arrestado acusado de un delito de lesiones por la MGF de sus dos hijas. Una revisión pediátrica ha sacado a la luz el caso de las hermanas, de tres años y 15 meses. El padre sostuvo que la MGF se realizó en Mali. El caso ha sido investigado por el Servicio de Atención a la Familia (SAF) y está en manos del juzgado.

## 4.1 Situación en Aragón

HERALDO DE ARAGÓN • 30 DE ABRIL DE 2001, LUNES

**ARAGÓN**

**DERECHOS HUMANOS** La ablación del clítoris se practica a niñas subsaharianas que residen en Aragón. Pediatras y ginecólogos zaragozanos han detectado en los últimos años casos de mutilación genital realizados en España

# Pediatras y ginecólogos detectan en Aragón casos de ablación del clítoris

**Las niñas, de muy corta edad, son sometidas a mutilaciones genitales en sus países de origen o en Girona**

**Los expertos creen que el trabajo de concienciación es la vía para acabar con este terrible rito**

MANUEL LÓPEZ Zaragoza. Niñas inmigrantes residentes en Aragón, procedentes de algunos países del África subsahariana, han sufrido la ablación del clítoris en España. Pediatras y ginecólogos de Zaragoza han detectado en sus consultas casos de mutilación genital, pero la falta de pruebas ha impedido siempre la identificación de los autores de este terrible rito, del que apercierne el País. Diversas fuentes apuntan que la ablación se practica de forma clandestina y en pésimas condiciones sanitarias en Girona, pero a pesar de que la Policía ha llegado a investigar, nunca se han reunido pruebas suficientes para llevar el

denuncia hay que pillarles in fraganti, y eso es imposible, declara la pediatra.

Un responsable del Ina Salud admitió que él ha tenido conocimiento de seis casos en los últimos tres años, el último de ellos hace dos meses. No obstante, reconoció que la cifra es sólo la punta del iceberg. «Este es un callejón sin salida para los médicos es algo que hace mucho daño. Por un lado no podemos denunciar a los padres, porque ni siquiera saben de qué se les acusa. Al mismo tiempo, debemos mantener a los inmigrantes en el sistema sanitario; no podemos perder a los pacientes. Y tenemos secreto profesional. Lo



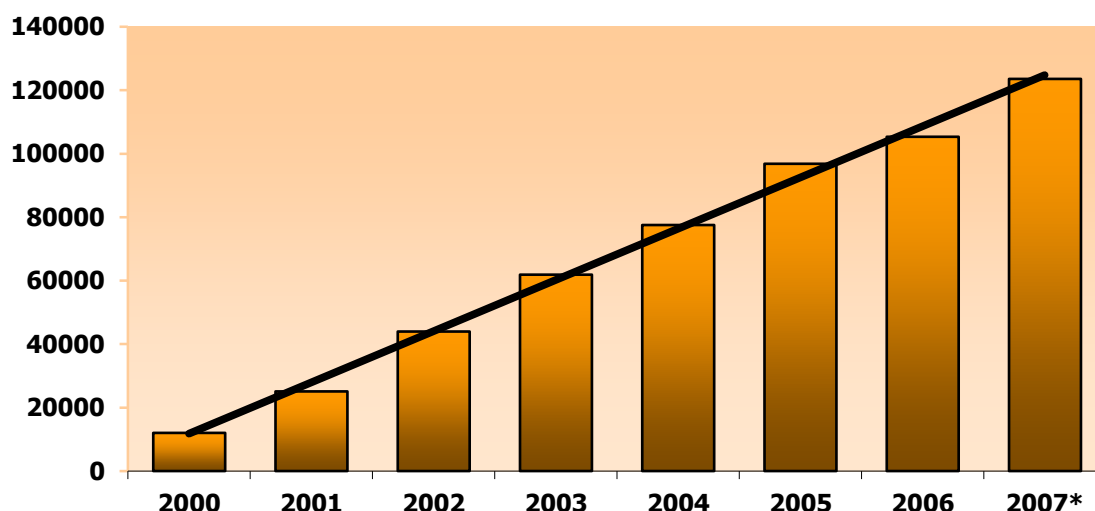
Adolescentes de Costa de Marfil, en una ceremonia ritual de iniciación tras haber sufrido la ablación

**LAS PREGUNTAS**

- **¿QUÉ ES LA ABLACIÓN?** Es la mutilación parcial o total del clítoris. Se practica en niñas de 3 a 10 años. Hay tipos. La más corriente es la ablación circular del prepucio clitoridiano. Es la «suma» es la que se practica en España. La segunda modalidad es la extirpación del clítoris de los tejidos adyacentes, incluso de los labios menores. La más agresiva es la infibulación, que consiste en la extirpación del clítoris y la sutura de los labios menores y mayores. Después, apenas puede salir la sangre menstrual o la orina.
- **¿CÓMO SE HACE?** Se usan cuchillas de afeitar, tales, tapas de latas de conserva o tijeras. Carecen de medidas higiénicas y anestesia y suturan con espigas o alfileres. La mortalidad por hemorragias es común.
- **¿DÓNDE SE PRACTICA?** Legal en 25 países y se practica de forma más o menos cubierta en otros 40. Entre ellos: Somalia, Sierra Leona, Djibuti, Etiopía, Sudán y Eritrea. Más del 90 % de las mujeres son mutiladas. Entre los países son Gambia, Malí, Guinea o Nigeria.
- **¿CÓMO ES SU ORIGEN?** Tiene 4.000 años de antigüedad. Pese a que suele vincularse a la tradición, en realidad

El análisis de datos del padrón municipal, me permite apreciar que hay una notable evolución de la población extranjera en Aragón. Hemos pasado de 8.889 personas inmigrantes empadronadas en 1999 a 148.319 en 2007, 111.727 en Zaragoza, experimentando un incremento continuo en las tres provincias.





Evolución de la población extranjera empadronada en Aragón 2000-2007\*  
Datos: INE avance padrón a 1 de enero de 2007

La provincia de Zaragoza ha pasado de 11.432 inmigrantes empadronados en 1999 a 111.727 en 2007, asumiendo el 75.33% de la población inmigrante que reside en Aragón.

Los rasgos culturales de la población aragonesa, sus antecedentes de despoblación en muchas zonas rurales y la estructura demográfica de esta comunidad, más envejecida que otras regiones españolas, posibilitan prever una buena absorción de los colectivos inmigrantes.

El análisis del padrón municipal de Zaragoza nos aporta datos interesantes. Con estos datos, nos podemos hacer una idea de cuántas personas provienen de países donde la práctica de la MGF es habitual.

Basándome en una tabla confeccionada por la antropóloga Adriana Kaplan, experta en MGF, en la que se refleja que hay 28 países africanos donde se practica la mutilación y en sus niveles de prevalencia y el tipo de mutilación que se realiza, nos podemos hacer una idea de cuántas mujeres en Zaragoza que podrían estar en riesgo de sufrir MGF. Esta tarea cuantitativa lo

que va a proporcionar es una mera estimación de la población de riesgo, pero con los datos disponibles hoy en día es lo mejor que se puede hacer.

Tabla 1

País	Prevalencia	Tipo MGF
Benín	50%	Tipo II
Burkina Faso	70%	Tipo II
Camerún	20%	Tipo I y II
Chad	60%	Tipo II y III
Costa de Marfil	43%	Tipo II
Djibouti	98%	Tipo II y III
Egipto	97%	Todos los tipos
Eritrea	95%	Todos los tipos
Etiopía	90%	Tipos I y II
<b>Gambia</b>	<b>80%</b>	<b>Tipo I (Saraholes)</b>
<b>Ghana</b>	<b>30%</b>	<b>Tipo II</b>
Guinea Bissau	50%	Tipo I y II
Guinea Conakry	50%	Tipo II
Kenia	50%	Tipo I y II
Liberia	60%	Tipo II
<b>Mali</b>	<b>94%</b>	<b>Tipo I y II</b>
<b>Mauritania</b>	<b>25%</b>	<b>Tipo I y II</b>
Níger	20%	Tipo II
<b>Nigeria</b>	<b>60%</b>	<b>Tipo I y II</b>
República Centroafricana	43%	Tipo I y II
República del Congo	5%	Tipo II
<b>Senegal</b>	<b>20%</b>	<b>Tipo II</b>
Sierra Leona	90%	Tipo II
Somalia	98%	Tipo III
Sudán	89%	Tipo III
Tanzania	18%	Tipo II y III
Togo	50%	Tipo II
Uganda	5%	Tipo I y II

Fuente: Adriana Kaplan

Según datos del padrón municipal, a 1 de Enero de 2007, había empadronadas en Zaragoza un número total de 5834 mujeres procedentes de estos países del continente africano: Angola, Argelia, Benín, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún Chad, Congo, Costa de Marfil, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenia, Liberia, Libia, Malawi, Mali, Marruecos, Mauritania, Mozambique, Níger, Nigeria, R. centroafricana, R. Dem. del Congo, Ruanda, Senegal, Sierra Leona, África del Sur, Sudan, Togo, Túnez, Zambia y otros países.

Por países en riesgo se entiende aquellos que coinciden con la tabla de prevalencia que aporta Adriana Kaplan<sup>17</sup>, y por ello, a partir de ahora me centraré en el análisis detallado de los datos de aquellas mujeres que proceden de estos países y que presumiblemente han podido sufrir la MGF y / o las que por edad, están en riesgo de sufrirla.

Países de procedencia considerados de riesgo de práctica de MGF	♀ de 0-9 años	♀ de 10-19 años	♀ de 20-49 años	
Benin	0	0	2	
Burkina Fasso	0	0	3	
Camerun	14	8	70	
Chad	0	0	0	
Costa de Marfil	5	4	14	
Egipto	14	3	25	
Eritrea	0	0	1	
Etiopia	2	0	0	
<b>Gambia</b>	<b>183</b>	<b>28</b>	<b>187</b>	
<b>Ghana</b>	<b>52</b>	<b>26</b>	<b>208</b>	
<b>Guinea</b>	<b>79</b>	<b>69</b>	<b>291</b>	
Guinea Bissau	4	3	12	
Kenia	0	0	7	
Liberia	1	0	6	
Mali	23	2	39	
Mauritania	10	2	11	
Niger	0	0	2	
<b>Nigeria</b>	<b>40</b>	<b>9</b>	<b>332</b>	
R.Centroafricana	0	0	3	
R.Dem. del Congo	3	6	24	
<b>Senegal</b>	<b>81</b>	<b>21</b>	<b>180</b>	
Sierra Leona	2	0	11	
Sudan	3	0	4	
Togo	1	0	6	
Total de países	todas las niñas de 0 a 9 años	todas las jóvenes de 10 a 19	Todas las adultas de 20 a 49 años	Total de mujeres
24	517	181	1438	2136

Fuente: A partir de los datos Sección de Estadística Municipal a 1de enero de 2007

Los datos apuntan a que hay 2136 mujeres que proceden de 24 países en los que la práctica de la MGF es habitual. Es una cifra bastante importante

<sup>17</sup> Adriana Kaplan es la coordinadora del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales de la Universidad Autónoma de Barcelona, y una antropóloga con una visión muy clara sobre un tema que hay que afrontar con valentía y sin complejos: la ablación de los órganos femeninos.

que merece que se preste una especial atención a esa población, sobre todo con el fin de trabajar con la población en mayor riesgo (menores de 18 años) para prevenir la MGF de las niñas de edad comprendida entre 0 a 9 años y entre 10 a 19 años ya que son edades en las que se lleva a cabo ésta práctica.

Los países de los que proceden un mayor número de mujeres son: Gambia, Guinea, Nigeria, Senegal y Ghana.

Los datos del padrón de Zaragoza también nos permite conocer en qué barrios o distritos municipales viven las mujeres que proceden de países de riesgo; los resultados nos indican que el mayor número de mujeres procedentes de países de riesgo vive en el distrito de Delicias, seguido de Actur, Las Fuentes, San José y Casco Histórico.

Este análisis pormenorizado me permite tomar conciencia de que viven numerosas mujeres en nuestro entorno que, por el simple hecho de haber nacido en algunos países africanos, están destinadas a perpetuar una tradición culturalmente considerada “de purificación” que las condena a sufrir sus consecuencias físicas y psicológicas y que, si además residen en este país pueden llegar a sufrir también las consecuencias legales que castigan esta práctica.

## T.F.G. – PINIWE WELLA

Países	d1_total	d2_total	d3_total	d4_total	d5_total	d6_total	d7_total	d8_total	d9_total	d10_total	d11_total	d12_total	total_total
Benin	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Burkina Fasso	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3
Camerun	10	2	21	9	9	4	2	0	0	35	0	0	92
Chad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa de Marfil	0	3	7	0	9	3	0	1	0	0	0	0	23
Egipto	0	9	12	0	7	6	0	2	2	3	1	0	42
Eritrea	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Etiopia	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Gambia	15	3	205	0	17	42	17	33	25	40	0	1	398
Ghana	12	10	106	10	34	16	6	25	7	56	0	4	286
Guinea	20	16	130	32	40	50	30	39	20	55	1	6	439
Guinea Bissau	1	0	9	0	2	0	0	0	2	5	0	0	19
Kenia	4	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Liberia	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	7
Mali	3	1	4	2	12	13	2	7	13	7	0	0	64
Mauritania	0	0	1	4	2	2	0	0	2	11	1	0	23
Niger	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Nigeria	73	17	73	13	32	33	10	13	33	81	0	3	381
R.Centroafricana	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3
R.Dem. del Congo	7	2	5	1	5	6	0	2	3	2	0	0	33
Senegal	34	2	27	16	36	46	18	20	16	59	2	6	282
Sierra Leona	2	0	4	0	1	1	0	2	0	3	0	0	13
Sudan	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	7
Togo	1	2	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	7
	184	71	609	89	210	224	86	146	125	362	5	25	2.136

Correspondencia de los distritos:

D1:Casco Histórico

D2:Centro

D3:Delicias

D4:Universidad

D5:San José

D6:Las Fuentes

D7:Almozara

D8:Oliver/Valdef .

D9:Torrero/La Paz

D10:Actur/Rey Fernando D11/12: Barrios Rurales Norte/Oest.

## 4.2 Recursos desarrollados en Aragón para luchar contra la MGF

Aragón es una de las pocas comunidades autónomas junto con Cataluña que cuentan con un protocolo de prevención y actuación ante la MGF.



**PROTOCOLO DE ARAGÓN**

**PROTOCOLO DE CATALUÑA**

Sólo me voy a centrar en el protocolo de actuación de Aragón.

Los objetivos que persigue son:

- ❖ Establecer un modelo de intervención para prevenir la práctica de la MGF.
- ❖ Proporcionar a profesionales de distintos sistemas de protección social (sanitario, social y educativo), los conocimientos básicos sobre lo que conlleva la práctica de la misma, así como de los protocolos a seguir en la atención y seguimiento de los casos que puedan detectarse en Aragón.
- ❖ Prevenir la MGF tanto dentro del territorio como en los países en los que perdura la práctica.
- ❖ Determinar la metodología de intervención en casos de riesgo y riesgo inminente, así como en aquellos en los que se constata la práctica de la MGF.
- ❖ Delimitar y articular los procedimientos a seguir desde los diferentes ámbitos de intervención.
- ❖ Establecer mecanismo de seguimiento y evolución de las acciones contempladas en el Protocolo.

A continuación describiré de manera sintética los pasos que han de dar los profesionales del sistema sanitario, de lo social y del sistema educativo cuando se enfrentan a una situación de MGF. En primer lugar, es importante tener información básica y general sobre la práctica de la MGF (estatuto legal de la MGF en el país) y formación sobre la práctica de la MGF (tipos, motivos, consecuencias, población,...) para así poder detectar los casos y trabajarlos. Es necesaria también una coordinación entre las distintas instituciones implicadas. Tres son los momentos en que el protocolo insta a los profesionales para actuar:

- ✓ **Factores de riesgo.**
- ✓ **Cuando hay riesgo inminente.**
- ✓ **MGF practicada**

### Factores de riesgo:

- Ser mujer y pertenecer a una etnia en la que la MGF se practica
- Ser miembro de una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.

<b>SISTEMA EDUCATIVO</b>	<p>1.-En el marco de la labor tutorial, informar a los padres de los riesgos para la salud y las implicaciones legales que en España supone la práctica de la MGF.</p> <p>2.-Valorar respuesta y actitud familiar ante los planteamientos anteriores y, en su caso, comunicar al Centro de Salud anteriores y, en su caso, comunicar al Centro de Salud (Unidad de Pediatría).</p>
<b>SISTEMA SANITARIO</b>	<p>Desde la Unidad de Pediatría, en el marco del Programa de Salud Infantil:</p> <p>1.- Información sobre los riesgos para la salud, y las implicaciones legales que conlleva en España, la práctica de la MGF.</p> <p>2.-Revisión / Citaciones más continuadas.</p> <p>3.-Implicación de todo el equipo de atención primaria y Coordinación con Servicios Sociales Generales de la zona.</p>
<b>SISTEMA SERVICIOS SOCIALES</b>	<p>1.-Intervención Social con la unidad familiar con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF.</p> <p>2.-Informar de las repercusiones para la salud de la mujer y de las consecuencias legales para quienes la practiquen.</p> <p>3.-Coordinación con el Centro de Salud.</p>



### Riesgo inminente:

- Organización inmediata de un viaje al país de origen.
- La menor cuenta o informa de las previsiones familiares sobre la práctica inminente de la MGF.

<b>SISTEMA EDUCATIVO</b>	1.-Coordinación/ comunicación con el Centro de Salud para proceder, en el mismo, a la firma del compromiso preventivo y comunicación/coordinación con el Programa de Mediación de Interculturalidad del Centro Aragonés de Recursos para la Educación Intercultural (CAREI), y los Servicios Sociales de la zona.
<b>SISTEMA SANITARIO</b>	Desde la Unidad de Pediatría: 1.-Intervención directa para revisión y, en el caso de posible viaje, información sobre los riesgos para la salud, las implicaciones legales que conlleva en España y para proceder a la firma del compromiso preventivo (Anexo 1). 2.-En caso de negativa a la firma del compromiso preventivo o incumplimiento de asistencia a revisión al retorno del viaje; notificar al Servicio Especializado de menores.
<b>SISTEMA SERVICIOS SOCIALES</b>	1.- Coordinación / comunicación con el Centro de Salud, para proceder a revisión pediátrica y en caso de viaje, a la firma del compromiso preventivo.  2.-En caso de no acudir al Centro de Salud, y existir riesgo inminente, notificar al Servicio Especializado de Menores (Modelo Anexo I del protocolo).

## MGF practicada.

En el ejercicio profesional, se puede encontrar con situaciones en las que se detecte/sospeche posibles supuestos/casos, tanto de mujeres menores como adultas con la MGF ya practicada.

<p><b>SISTEMA EDUCATIVO</b></p>	<p>Si dentro del Centro Escolar se sospecha que a una menor se le ha practicado MGF:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Coordinación / comunicación con el Centro de Salud para revisión y, en su caso, verificación de la situación.</li> <li>2.-En caso de negativa de la familia a acudir al Centro de Salud, comunicar / informar al CAREI y a los Servicios Sociales de la zona.</li> </ol>
<p><b>SISTEMA SANITARIO</b></p>	<p>Desde la Unidad Pediatría, si se detecta <u>una menor con la MGF reciente</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Remisión al Juzgado (Parte de Lesiones), y comunicación al Servicio Especializado de Menores.</li> </ol> <p>Desde Unidades de Ginecología / Tocología:</p> <p><u>mujer adulta con MGF practicada.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Intervención individual y familiar para prevenir MGF en otras mujeres del contexto familiar y abordar y posibles secuelas / consecuencias de la MGF.</li> <li>2.- Comunicación a Unidad de Pediatría, si existen hijas menores, para abordar el caso según pautas ante la existencia de Factores de Riesgo.</li> </ol>
<p><b>SISTEMA SERVICIOS SOCIALES</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Coordinación / comunicación con el Centro de Salud para prevención y protección de otras menores de la unidad familiar.</li> <li>2.-Realizar valoración de la existencia de otros factores de riesgo e intervenir según criterios de Guía de Actuación Profesional del Servicio de Menores.</li> </ol>

Pese a tener un protocolo, en ocasiones, los profesionales, al detectar o sospechar casos de MGF, no denuncian por miedo a que a los padres les caiga una pena de cárcel. Según el art. 23 del código deontológico de la profesión: *“El Diplomado en Trabajo Social/Asistente Social debe comunicar o denunciar las situaciones de maltrato, abuso o abandono de las personas indefensas o incapacitadas, manteniendo no obstante el objetivo de intervenir para corregir esas situaciones con las personas implicadas en la misma. Igualmente debe denunciar cualquier otra situación que vaya contra los derechos humanos”*.

Los trabajadores sociales por ley, deben comunicar a las autoridades competentes los casos de MGF, como cualquier otro caso de maltrato, es decir a los servicios de protección infantil de su comunidad. Si un trabajador social cree que una niña puede haber sufrido la MGF, debe informar de ello. Los servicios tomarán una decisión sobre si se justifica una investigación o no aunque la niña afectada no quiera hablar.

### **4.3 Trabajo social a realizar**

Como profesionales del trabajo social, nos compete llevar a cabo diversas labores para actuar sobre la MGF. Dado que la población de riesgo corresponde a comunidades inmigrantes, que se trata de una práctica que afecta a mujeres y niñas y que está vinculada a temas de salud, podemos (apoyándonos en nuestro código deontológico y el protocolo de actuación del Gobierno de Aragón) pensar en labores preventivas dirigidas a la población de riesgo dándoles a la vez que le asistimos, información sobre las graves consecuencias de la MGF para la salud de la mujer y la situación legal de la MGF en España. También llevaremos a cabo tareas de formación a los profesionales sociales, sanitarios y educativos. Para estos propósitos, diseñaremos un programa dirigido a la intervención con mujeres que presentan factores de riesgo, riesgo inminente o mujeres afectadas.

Esta clasificación va a servir de matriz de la intervención, diferenciando tres momentos claves de actuación, basadas en dos pilares fundamentales:

- ❖ La acción individual, dirigida a la persona o familia de riesgo.
- ❖ La acción en red, coordinada con otros profesionales.

De cara a las familias que llegan a nuestro servicio y cuyas mujeres presentan situaciones de riesgo, hará falta idear actividades preventivas generales. Para llegar a las familias, podemos aprovechar espacios como las salas de espera de las consultas, en particular la de los pediatras, de los ginecólogos y de los centros de planificación familiar, a las que acude la población de riesgo, para divulgar y poner a su disposición folletos y carteles informativos (con la información siguiente: definición, tipos y consecuencias de la MGF, teléfonos de interés). También utilizaremos las guarderías, las escuelas y los centros de acogida para inmigrantes o personas demandantes de asilo para difundir información. De manera general, cualquier posibilidad que tengamos como profesionales, la aprovecharemos para informar y prevenir. Más allá de eso, la labor de concienciación debe pasar por verdaderos programas de sensibilización

Las leyes, por sí solas, resultan insuficientes para luchar contra la MGF. Por esta razón es primordial que las normas vengán acompañadas de medidas preventivas y labores de sensibilización, con la finalidad de concienciar a la población de riesgo de los efectos nefastos sobre la salud de la mujer.

Para el profesional, trabajar con la población de riesgo supone un gran reto, ya que es una situación problemática que surgió en la sociedad española hace pocos años y ello se traduce en que aún haya gran desconocimiento del tema.

La complejidad y delicadeza de la cuestión hace que, a veces, los profesionales evitemos estos dilemas, por temor a no abordarlos de forma adecuada, por miedo a causar algún sentimiento de incomodidad o por considerarlos demasiado privados e íntimos.

Nuestra actuación puede resultar pues, harto compleja, más no imposible, ya que podemos actuar siguiendo nuestro código deontológico, que va a incidir en los diferentes momentos de intervención y en las funciones que los acompañan.

Las diversas funciones que vamos a trabajar recogen, en el plano teórico, las siguientes actuaciones:

**Función preventiva:** Se refiere a la actuación precoz sobre el problema antes de que ocurra. Desde el ámbito de trabajo debemos:

- llevar a cabo labores preventivas impartiendo talleres a la población de riesgo.
- prestar atención en caso de existir menores en riesgo, valorar el grado de riesgo que corren y, en función del mismo, diseñar un plan de actuación individualizado para evitar que la menor sea mutilada.

A nivel general diseñar y llevar a cabo planes y proyectos (planificación) con el fin de prevenir la práctica de la mutilación. Algunas de las actividades: acercamiento a las mezquitas y asociaciones de inmigrantes para crear espacios de debate y reflexión dentro de la propia comunidad. Talleres sobre promoción de la salud y derechos de las mujeres dirigidos tanto a mujeres como hombres procedentes de países de riesgo. Impartir formación sobre derechos de las mujeres, facilitando la información necesaria para promover el empoderamiento de éstas. Trabajar con ellas talleres sobre crianza de los niños y las niñas. Actividades de sensibilización con hombres a través principalmente de cursos formativos y reuniones con los maridos de las mujeres. Elaboración y difusión de materiales informativos/preventivos: carteles, trípticos, dirigidos a la población en riesgo. Por último llevar a cabo seguimiento continuo con el fin de ir vigilando la situación de la población de riesgo.

**Función de asistencia:** Prestar atención a la población diana en general, vigilando de cerca a las niñas en riesgo de ser mutiladas. En caso de que la niña corra un peligro inminente de ser sometida a MGF o, si los padres declaran abiertamente que tienen la intención de someterla a pesar de haber sido informados y sensibilizados al respecto, nuestro deber es informar a los servicios especializados de menores para que tomen las medidas oportunas.

Con respecto a los supuestos en que se sospecha que una niña haya sido sometida a MGF, la primera actuación debería ser ordenar un examen médico

para comprobarlo. Si se confirma la sospecha, al margen de iniciar el procedimiento penal, convendría declarar una situación de crisis y proporcionar a la niña tanto apoyo psicológico por el trauma causado, como médico por los posibles perjuicios que pueda sufrir a medio y largo plazo. Así mismo, se le debería ofrecer la posibilidad de reparación física con cirugía si es necesario.

En el caso de existir otras niñas en la unidad familiar, sería necesario declarar una situación de riesgo y tomar las medidas antes enunciadas con la finalidad de impedir que sean sometidas a MGF.

**Función docente:** Ofrecer formación a otros profesionales con el fin de enseñarles cómo abordar la problemática con la población diana y aumentar así su conocimiento sobre la situación de la MGF y sobre los planteamientos de las familias implicadas. Diseñar y elaborar la Guía para los profesionales. Profundizar en la metodología de las intervenciones a desarrollar, así como en las competencias culturales y habilidades profesionales necesarias para llevarlas a cabo.

**Función de promoción:** Participaremos en la elaboración y diseño de políticas sociales que favorezcan la creación de servicios y recursos adecuados para la cobertura de necesidades de este colectivo. Trabajaremos en red con otros profesionales y asociaciones que interactúen con la población afectada para la prevención de la MGF, realizando acciones de información y educación, así como potenciar la participación de las personas de la propia comunidad como agentes activos, que favorezcan dinámicas de colaboración.

**Función de mediación:** Actuaremos como catalizadores, posibilitando la unión de las partes implicadas en el conflicto con el fin de favorecer con su intervención que sean los propios interesados quienes logren la resolución del mismo.

**Función de seguimiento:** Llevaremos a cabo el seguimiento de las acciones realizadas como una herramienta de mejora y apoyo de las

actuaciones y de conocimiento de resultados y efectos producidos por las intervenciones. El seguimiento ayudará a ir introduciendo mejoras y corrigiendo desajustes de forma que, a través de la información y reflexión que nos aporte, nos irá facilitando la toma de decisiones.

**Función de investigación:** La investigación es un ámbito de trabajo que compete a los profesionales del trabajo social. La MGF aunque es una práctica milenaria, es un tema sobre el que hay muy poca investigación realizada. Como trabajadores sociales, debemos emprender la investigación (investigación que ha de ser distinta de la puramente médica, jurídica,...) sobre la práctica de la mutilación genital femenina para así poder luego dar información sobre su difusión, efectos físicos y psicológicos, actitudes sociales y pautas religiosos en relación con dicha práctica. La investigación debe también examinar la repercusión de los esfuerzos realizados hasta la fecha. La labor de investigación no sólo debe servir para difundir todo lo relacionado sobre la MGF, sino que debe servir también para hacer presión sobre los Estados y sus Gobiernos con el fin de conseguir involucrarles más en la lucha contra esta práctica ya que la MGF es un problema global.

### 4.4 Trabajo de prevención y sensibilización

Las numerosas bibliografías consultadas acerca del tema de la MGF y la experiencia vivida durante mis prácticas me demuestran que la lucha contra la MGF precisa de un trabajo multidisciplinar en el que deben implicarse tanto los profesionales como las asociaciones civiles. Es importante mantener una comunicación constante con las familias procedentes de países de riesgo. Para una eficaz intervención va a resultar necesario que los profesionales (sanitarios, trabajadores sociales, educadores, mediadores interculturales, policías) que trabajan con la población de riesgo puedan coordinarse. No será igual intervenir desde un aula, que en una consulta médica, o un centro social pero es importante sumar todo los esfuerzos para acompañar y orientar a estas

familias hacia un proceso de cambio de mentalidad, proporcionándoles información puesto que a muchas mujeres no les llega la información y tampoco relacionan las consecuencias de la MGF con la práctica.

De manera general, cuando se va a plantear una intervención en estas familias hay que enfocarla de forma global, es decir, a todo el núcleo familiar, dirigida tanto a los hombres, a las mujeres como a los hijos. Aunque muchos hombres pretendan desentenderse y delegar la responsabilidad en las mujeres, su papel es fundamental ya que son ellos quienes tienen la autoridad familiar y por lo tanto, su papel es decisivo para avanzar en la erradicación de dicha práctica. Es importante apoyar a las familias, con mucha sensibilidad y sin prejuicios; de lo contrario hay peligro de encontrarnos con una repercusión negativa y desconfianza. Es importante no condenar la MGF desde el desconocimiento o con argumentos que no puedan ser compartidos por los destinatarias. Es trascendental desarrollar colaboraciones (información, formación y difusión) con las instituciones y las personas que puedan intervenir en el proceso de detección de la MGF.

### **4.4.1 Formación a los profesionales en general**

Como he dicho anteriormente, la MGF crece en Europa y en otros países desarrollados a la vez que hay un gran desconocimiento sobre la MGF en las entidades que trabajan con población inmigrante en todos los ámbitos, incluido el sanitario. Ha habido casos en las consultas donde los profesionales sanitarios no han sabido cómo tratar a las mujeres afectadas. Según testimonios, mujeres afectadas han declarado haberse sentido humilladas ante profesionales que las trataron con desprecio y mostraron asco por su aspecto físico.

Por todo esto, para avanzar en la prevención de la MGF en España es necesario profundizar en la sensibilización y formación de las y los profesionales implicados. En el ámbito de la salud, los casos de MGF habían aumentado pero los conocimientos de los equipos no aumentaron en la misma proporción. Un estudio realizado por la Universidad de Barcelona en 2008 entre



500 profesionales de la salud de Equipos de Atención Primaria y de Servicios de Salud y Sexual y Reproductiva del Maresme, Sta. Coloma, Badalona y el Hospital de Sta. Caterina de Girona muestra lo siguiente: menos del 40% de los profesionales consultados identifican correctamente las tipologías y menos de un 30% saben en qué países se practica la MGF, a pesar de que un 82% atiende población del África subsahariana, especialmente de Senegal y Gambia<sup>18</sup>.

Aquí en Aragón, la situación no es diferente; en este sentido, Médicos del Mundo ha llevado a cabo formación para la prevención de la MGF a profesionales de distintos ámbitos, principalmente salud, servicios sociales y educación, entre otros. Los talleres se organizan en función de las necesidades del público al que van dirigidos, donde se proporciona a los profesionales conocimientos, herramientas y alternativas para poder trabajar con las familias, desde el conocimiento, el respeto y la sensibilidad al tema. Es importante conocer las razones y mitos que la propia población aduce para llevar a cabo la MGF y así ir desmontando esos argumentos.

### **4.4.2 Formación en el ámbito sanitario**

El ámbito sanitario es la primera puerta de detección de casos de MGF. Se pueden presentar casos tanto de mujeres que sufrieron una MGF en la infancia como de niñas que han sufrido una MGF o corren el riesgo de sufrirlo. De manera general, no hay que tener miedo a hablar del tema. Es importante que los profesionales sanitarios reciban una formación adecuada sobre cómo abordar el problema con la familia. Establecer una relación respetuosa y cordial ayudará mucho a que la mujer o la niña puedan abrirse y hablar. Si se considera necesario hay que recurrir a un mediador intercultural.

---

<sup>18</sup> Estudio realizado por el Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB>La investigación> gipe / ptp – grupo interdisciplinar prevención estudio de las prácticas tradicionales perjudiciales

Desde la Unidad de Pediatría hay que informar sobre los riesgos para la salud, y las implicaciones legales que conlleva en España la práctica de la MGF. Es importante llevar a cabo revisiones periódicas como método preventivo. En el caso de que conste que va a haber un viaje hay que proceder a una revisión antes del mismo y a la firma del compromiso preventivo.

El compromiso preventivo es un documento desarrollado para que los padres y madres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen como elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas. Se trata de un documento que firman voluntariamente los padres y de común acuerdo. Con la firma, se da a entender que ambos progenitores conocen las consecuencias jurídicas, sociales, sanitarias, que concurren después de la realización de esta práctica, y que por ello, no la van a llevar a cabo.

Se recomienda que la intervención para la oferta del compromiso preventivo la realice el profesional sanitario que habitualmente atiende a la niña, ya que es su profesional de referencia y goza de la confianza de la familia.

Si la familia se niega a la firma, hay que notificar el caso al servicio especializado de menores. A la vuelta de las vacaciones, con o sin firma del documento se lleva a cabo otra revisión para comprobar que la niña no ha sufrido ningún daño.

**salud**  
servicio aragonés de salud

**COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.**

Desde el Centro de Salud: .....

se informa a los familiares/ responsables de la niña:

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAIS AL QUE VIAJA

acerca de:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países africanos, y del delito que supone la práctica para los Derechos Humanos.
- El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la operación haya sido realizada fuera del país (por ejemplo en Gambia, Mali, Senegal, etc.), según modificación de la LOPJ 3/2005.  
La pena de prisión es de 6 a 12 años para los padres, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de Protección de Menores.
- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/la Pediatra/ Médico de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.
- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

El/la Pediatra/ Médico certifica que, en los exámenes de salud realizados a la niña hasta ese momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Por todo ello:

- **DECLARO** haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- **CONSIDERO** haber entendido al propósito, al alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- **ME COMPROMETO** a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña      Firma. Pediatra/ Médico

Fuente: Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación en Aragón.

Si se verifica que a la niña se le ha practicado la MGF, el profesional tiene la obligación de ponerlo en conocimiento de la justicia; la omisión de denunciar este hecho delictivo tiene consecuencias legales.

Desde los centros de vacunación internacional se puede aprovechar la consulta previa a un viaje al país de origen, en donde se les administran las vacunas, igualmente para informa sobre la MGF y de la ley penal del mismo. Luego remitir a la familia a su centro de salud para una consulta de pediatría y firmar el compromiso preventivo.

Si en el hospital se descubre a una mujer con MGF, además de ofrecerle ayuda médica y psicológica si así lo desea, es importante averiguar si ésta tiene hijas, y en este caso, trabajar con ella y su marido explicándoles las consecuencias que pueda tener esa práctica para la salud y desde un punto de vista legal también.

### **4.4.3 Formación en el ámbito educativo**

La escuela es un lugar adecuado ya que a ella acude la mayoría de la población de riesgo (niñas de entre 3 a 12 años), para llevar a cabo una labor de prevención, tanto a nivel de sensibilización como de detección, en la medida en que los niños y las niñas pasan muchas horas en la escuela y los maestros suelen tener una relación privilegiada con los alumnos, y pueden tenerla también con los padres. Las niñas hablarán con más facilidad de su cultura, de sus vacaciones. Los profesores se tienen que fijar con atención en los indicadores. Son indicadores de sospecha de haberse producido recientemente una MGF cuando, junto a unos antecedentes de viaje/vacaciones al país de origen aparecen los siguientes síntomas:

- Tristeza y falta de interés
- Cambios de carácter
- Andar con las piernas juntas o muy separadas
- Inquietud en el momento de sentarse
- Palidez cutáneo-mucosa
- Síntomas de anemia
- Comentarios hechos a las compañeras de escuela
- No realizar ejercicio físico o no querer participar en juegos que impliquen actividad

Los centros docentes para adultos puede ser también un buen lugar para sensibilizar a las familias en el marco de una clase, y detectar los viajes al extranjero.

Cuando los padres informan de que van a realizar un viaje es importante que los profesionales del centro identifiquen el lugar al que se dirigen y averiguar si los padres se muestran a favor de este tipo de prácticas. En todos los casos, se deberá comunicar al centro de salud correspondiente el propósito de viajar de la familia. Si se observa que a la vuelta del viaje la niña ha cambiado su comportamiento, se puede pensar que se le haya practicado la MGF.

#### 4.4.4 Formación en el ámbito social

Tiene que ir dirigida a todos los trabajadores sociales, independientemente de que ejerzan su labor en recursos públicos (servicios sociales municipales generales y especializados) o privados (ONGs, asociaciones, fundaciones,...). Contamos con algunas ventajas a la hora de realizar intervenciones de prevención de la MGF desde nuestro ámbito, pues podemos hacerlo de las siguientes maneras:

- ✚ Trabajo directo con familias que pertenecen a países de riesgo
- ✚ Podemos trabajar con todos los miembros de la familia implicada (madre, padre, menores)
- ✚ Podemos utilizar entrevistas, seguimiento de casos que nos permitirán generar una relación de confianza con la familia, para ir abordando el tema de forma paulatina

De esta forma, la intervención se llevará a cabo más fácilmente, así como las actuaciones ante la detección de casos de riesgo inminente.

En una familia de riesgo, una buena idea es utilizar los encuentros con el padre y/o la madre, a través de las citas en nuestro servicio, para llevar a cabo la prevención de la MGF. En este caso, se trataría de una intervención social con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF en familias con factores de riesgo, en la que seguiríamos los siguientes pasos:

- Acercamiento al tema con la familia.
- Proporcionar información básica sobre la MGF.
- Seguimiento de la persona o familia.

- Coordinación en red con otros profesionales.

De forma previa es necesario recabar cierta información, por ejemplo, sobre la etnia a la que pertenece la familia y la zona en la que reside. En el transcurso de una entrevista, una vez creada una relación de cierta cordialidad y familiaridad, podemos preguntar directamente si en su comunidad practican la MGF. También es importante hablar del tema con las familias no practicantes, ya que pueden actuar como transmisores de información muy efectivos, en lo relativo a la legislación aplicable y a las consecuencias que tiene para la salud, entre otras cuestiones.

También mediante talleres se facilitaría información dado que ésta aumenta los conocimientos, les ayuda a mejorar socialmente y les ofrece una oportunidad de cambio. No hay que olvidar insistir sobre las consecuencias que tiene la MGF para la salud de mujeres y niñas. También es necesario informar sobre las consecuencias legales de las leyes españolas al respecto.

#### **4.4.5 Formación en el ámbito de la mediación**

El papel de los mediadores es fundamental para acceder a las familias y desmontar, poco a poco, los mitos que sustentan la práctica de la ablación. Su trabajo es fundamental para conseguir evitar que las familias que viajan realicen ablaciones a sus hijas durante su estancia en los países de origen ya que el peso de la presión social y el enfrentamiento con las familias en los países de origen sigue vigente. También los mediadores hacen ver a las madres las consecuencias que la MGF ha tenido para su salud y estas comienzan a cuestionarse practicarla a sus hijas.

#### **4.4.6 Formación en el ámbito de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado**

Los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado deben ser formados y sensibilizados de tal forma que puedan establecer contactos con las comunidades inmigrantes, e intentar desarrollar relaciones personalizadas con

las familias. Si se les comunica una situación de riesgo deben desplazarse y dialogar con las familias para informarles del peligro de la MGF y de las consecuencias legales, e intentar convencerles de que no realicen la práctica. Si se sospecha que una MGF ha sido realizada, tramitarán las denuncias y actuarán según las diligencias requeridas por el juez.

En Cataluña, tal acción se está llevando a cabo. Los Mossos d'Esquadra han sido formados para trabajar conjuntamente con otros organismos y asociaciones en la prevención de todos los tipos de agresiones a las mujeres. Cabe decir que es un trabajo de prevención pionero en el Estado español, puesto que valora la tarea preventiva llevada a cabo por cuerpos de policía. La mayoría de estos agentes trabaja en las oficinas de Relaciones con la Comunidad y los grupos de Atención a la Víctima, que son los encargados, mediante el trabajo en red, de conseguir la máxima información en este ámbito para el abordaje de las situaciones de riesgo. Asimismo se da un nuevo impulso a la sensibilización de los colectivos a fin de que las personas todavía practicantes abandonen la tradición no sólo por imposición legal sino por propio convencimiento. De esta forma, la actuación policial establece que el trabajo de información y formación tendrá como objetivo abrir puertas a la reflexión de las personas que todavía defienden la MGF, eso sí, sin obviar la información referida en el marco legal.

#### **4. 4.7 Formación en el ámbito judicial**

Los profesionales del ámbito judicial no pueden estar ajenos a la violencia que supone la MGF y que constituye uno de los ataques más flagrantes a derechos fundamentales como la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación proclamados en la Constitución. Para una mejor lucha contra esta práctica los jueces, fiscales y abogados deben de ser sensibilizados con el fin de que dicten las instrucciones oportunas o que hagan uso adecuado de los dispositivos legales para perseguir y enjuiciar a las personas responsables de la MGF.

## **4.5 Experiencia de intervención durante mis prácticas en Médicos del Mundo**

Durante mis prácticas en Médicos del Mundo tuve la suerte y la oportunidad de participar en los talleres de prevención de la MGF con mujeres africanas procedentes de países de riego, así como en las tareas de mediación e información en los hospitales. Ha sido una experiencia muy gratificante que me permitió darme cuenta de la importancia y la eficacia de esas labores. Pero tengo que reconocer que son tareas complejas que requieren de mucha paciencia y constancia y de medios suficientes para poderlas llevar a cabo.

### **4.5.1 Talleres de sensibilización con las mujeres**

Muchas mujeres llegan a los talleres siendo defensoras de la MGF. ¿Cómo puede una persona ser defensora de una práctica que causa tantos estragos en la salud de la mujer? Esta pregunta me lleva a mi misma a pensar que quizás la falta de recursos para favorecer la integración de las familias africanas en la sociedad de acogida, puede que sea la base de que todavía se siga defendiendo la MGF. Muchas familias africanas solo se relacionan con personas de su país de origen. He podido observar que muchas de las mujeres que asistían al curso, pese llevar muchos años viviendo en España (algunas más de 18 años en España), no saben hablar ni escribir en español. Son mujeres educadas para tener hijos y para ocuparse de las tareas domesticas, ya que pese a su juventud la media de hijos por mujer es de cuatro. Muchas de ellas se casaron siendo todavía niñas. Lo que me lleva a pensar que quizás hay una relación entre MGF y matrimonio pactado. Los estudios (por ejemplo, ver p. 291 de Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2006) han demostrado que un mayor nivel educativo en la madre se relaciona con una menor probabilidad de que acceda a la mutilación de su hija. La información y la educación son claves para que las personas tomen las decisiones más acertadas acerca de sus hijas e hijos. Por eso es necesario que las sociedades de acogida de los inmigrantes desarrollen acciones y medidas orientadas a



evitar que los inmigrantes lleguen a ser marginados y excluidos, y a facilitar su integración reduciendo las barreras que se oponen al desarrollo económico y social de la población inmigrante o extranjera, y en el caso de las mujeres empoderarlas para que puedan tomar las decisiones más acertadas posibles en relación con sus hijas.

Los talleres para las mujeres en los que he participado son de cuatro sesiones, es decir: cuatro semanas con sus correspondientes cuatro sesiones de, aproximadamente, 1 hora y media. En ellos he podido observar que las mujeres se muestran muy tímidas y les cuesta mucho entrar en el tema de la sexualidad ya que no están acostumbradas a hablar con naturalidad por ser un tema considerado tabú o privado. En los talleres hemos velado para que el ambiente de trabajo sea lo más relajado posible. Para conseguirlo, a las participantes, a su llegada al centro, les ofrecemos té y pastas para que se sienten relajadas y confiadas. Nos interesamos por los hijos y para romper el hielo, comenzamos los talleres con: “Hola me llamo... y tengo tal número de hijos”.



Taller con las mujeres en la sede de Médicos del Mundo

Dada la delicadeza del tema, la MGF es abordada desde la salud y el bienestar de la mujer, hablando de aspectos tan básicos como de la salud materno-infantil, los métodos anticonceptivos, la anatomía reproductiva tanto de la mujer como del hombre, las etapas del embarazo, la prevención de

enfermedades, etc. Cabe resaltar que la mujer africana presenta dificultades de comprensión sobre estos temas. Muchas de ellas descubren algunos de los aspectos tratados por vez primera.

Una vez que el ambiente está más relajado y las mujeres se van animando poco a poco, se va introduciendo los temas más sensibles, como la MGF y sus consecuencias. De esta manera, las mujeres por si solas, van relacionando algunas de sus dolencias con la MGF ya que estas no suelen relacionar sus dolencias con la práctica. Una vez que el debate esté abierto, se invita a las mujeres a opinar para fomentar la participación y, sobre todo, se tiene en cuenta su opinión.

En estos talleres, es importante resaltar la labor de los mediadores interculturales. A mi modo de ver las cosas en ocasiones, sin su intervención, no se podría llevar a cabo estos talleres ya que aquí tienen doble función: tienen que hacer de traductores a la vez que cuentan a las participantes los efectos nocivos de la MGF para la mujer. Las mujeres son más receptivas cuando les habla una persona de su cultura conocedora del problema en primera persona y que ha pasado también por su situación. Este hecho hace que las mujeres afines a esta práctica se replanteen su postura.

A pesar de que los talleres ofrecidos tienen mucho éxito (al finalizar, las mujeres preguntan cuándo es el próximo taller), el hecho de que las mujeres no hablen el idioma, ralentiza mucho la dinámica de las clases y creo que parte de la información se pierde en el proceso de traducción.

Como sugerencia de mejora, pienso que los talleres pueden ser llevados a cabo mediante clases de español, donde se enseña a las mujeres a leer y a escribir a la vez que se les sensibilice en el tema de la MGF. De este modo, la promoción y el empoderamiento se harán de forma más efectiva.

### **4.5.2 Talleres con hombres**

Además de trabajar con las mujeres es fundamental trabajar con los hombres para completar el ciclo, ya que la cultura africana es una cultura

patriarcal donde las decisiones importantes las toman los hombres. Estos talleres tienen los mismos contenidos que los talleres de las mujeres, siendo la finalidad perseguida implicar a los hombres en el proceso y sensibilizarles con el tema de la MGF a la vez que se busca a reforzar lo que las mujeres ya han aprendido en los talleres.

### 4.5.3 Talleres con adolescentes

También se ha llevado a cabo talleres con adolescentes, que tenían como fin abrir el debate sobre el tema de la MGF entre los hijos de las personas procedentes de países de riesgo, ya que en sus familias es un tema tabú. Entre estas adolescentes, hay jóvenes a las que se les ha practicado la MGF y otras a las que no. Se quiere saber lo que piensan de la MGF y de sus consecuencias y también de los matrimonios forzados o pactados. Cabe resaltar que estos jóvenes viven en la sociedad española que les lanza una información completamente diferente de lo que sus padres quieren para ellas. En este sentido para mí, la mejor prevención, es empezar a hablar con los jóvenes cuando antes mejor.



Taller con adolescentes en la sede de Médicos del Mundo.

### 4.5.4 Trabajo de prevención en los hospitales

¿Cómo se lleva a cabo la intervención en los hospitales?

Durante mis prácticas en Médicos de Mundo, he podido acompañar a los mediadores en sus labores de prevención y erradicación de la MGF en los hospitales. La intervención en los hospitales es el paso previo a los talleres que se realizan en la sede del Médicos del Mundo. Es allí donde captamos a la población diana para trabajar la prevención de la MGF. Las intervenciones en los centros sanitarios cuentan con el apoyo y respaldo de dos hospitales (Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” y Hospital “Miguel Servet”). Cuando una mujer procedente de un país de riesgo ingresa para dar a luz en estos hospitales, desde estos centros sanitarios las matronas avisan a Médicos del Mundo para que una mediadora o mediador acuda para hablar en primer lugar con la mujer y si fuera posible, también con el marido y la familia. La estrategia que utilizamos para abordar el tema con la mujer consiste:

En primera instancia le ofrecemos los talleres de salud materno-infantil (que se realizan en Médicos del Mundo). Le explicamos en qué consisten estos talleres.

En segundo lugar, una vez que el ambiente es más relajado, introducimos el tema de la MGF donde insistimos sobre las consecuencias en la salud de la mujer y le informamos de las consecuencias legales que conlleva esta práctica y por último, le entregamos materiales informativos/preventivos y el compromiso preventivo. Para determinar si nos enfrentamos a una familia de riesgo, hacemos una pequeña encuesta a la mujer donde le preguntamos por:

- ✓ El sexo del recién nacido
- ✓ El país de origen
- ✓ El medio en el que vivía antes de venir a España (campo o ciudad)
- ✓ El grupo étnico al que pertenece
- ✓ La edad
- ✓ Si sabe lo que es la MGF

- ✓ Si en su etnia se practica la MGF
- ✓ Los motivos por los que se practica (religión, cultura o otras)
- ✓ Si la mujer nos cuenta que le han practicado la MGF, le preguntamos si tiene recuerdos de cuando se la practicaron
- ✓ Número total de hijos que tiene (nº de niñas y cuántas viven en España)
- ✓ Edad de las hijas
- ✓ Años de residencia en España
- ✓ Religión practicada (en caso de que diga si, cuál)
- ✓ Dónde vive
- ✓ El centro de salud al que pertenece
- ✓ Teléfono de contacto

Según la información obtenida, sabemos si las niñas que viven en el seno de la familia corren riesgo de ser mutiladas o no. Cabe decir que no siempre nos van bien las entrevistas con las mujeres, dado lo delicado del tema. De todas las mujeres entrevistadas el 80% recibe bastante bien la información que les aportamos, pese a que al principio se sienten sorprendidas y tímidas cuando sacamos el tema de la MGF. Cuando la situación es así, la duración de la entrevista llega a alcanzar una media de 30 a 45 minutos. Un 15% muestra poca colaboración y no se presta a contestar a las preguntas formuladas. Un 5% se muestra enfadada y nos recrimina nuestra actuación, argumentando que la MGF es una práctica tradicional y que no debemos hablar del tema en público.

En el hospital no se puede profundizar en el tema con las mujeres, por lo que les invitamos a participar en los talleres de salud en Médicos del Mundo. Allí es donde ahondamos con ellas en el tema de la MGF.

### CONCLUSIONES

En todas las sociedades ha habido prácticas tradicionales perjudiciales para las mujeres y niñas. La MGF afecta todavía a demasiadas niñas y mujeres en el mundo por lo que no se debe mirar para otro lado, sino que hay que reflexionar sobre este tema y buscar soluciones desde el respeto, que proporcionen herramientas para la erradicación de la MGF en todo el mundo.

Como profesionales del trabajo social, tenemos la autoría de promover campañas de información y educación en las poblaciones susceptibles de realizar esta práctica. Además, nuestra labor debe ir encaminada a sensibilizar a la población general en esta lucha y, más específicamente, dotar a los otros profesionales que puedan estar en contacto con mujeres inmigrantes originarias de zonas donde la MGF es una práctica habitual, con las herramientas necesarias para la detección, prevención y tratamiento de las posibles secuelas físicas, psicológicas y sociales de la MGF.

Tenemos que seguir investigando con el fin de mantener una fuente de información actualizada sobre el tema, para todos aquellos profesionales que la necesiten, así como seguir siendo un referente en cuanto a la lucha contra la MGF, no sólo en España, sino también apoyando todas aquellas medidas que favorezcan su desaparición en los países en que se practica.

Cabe mencionar que pese a la magnitud del problema los Estados no están haciendo todo lo que deberían para luchar contra esta práctica nociva. En la actualidad las campañas para erradicar la MGF son esperanzadoras. Sin embargo, tales avances sólo han sido posibles gracias al trabajo constante de organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales. Los logros de estas organizaciones son considerables. Han conseguido romper el silencio que envuelve la práctica de la MGF e introducir sin reservas esta cuestión en los planes de trabajo del movimiento internacional de derechos humanos. Entre ellas, me gustaría destacar la labor de prevención llevada a cabo por Médicos del Mundo que es donde he realizado mis prácticas. Se puede citar Médicus Mundi, en España, y Terre des Hommes, en Francia.

Luchar con la práctica de la MGF está dando lentamente resultados positivos. Es un largo camino que debe recorrerse mediante la educación, la información, la capacitación y la sensibilización de los pueblos. Es importante que a este proceso de concienciación le siga la creación de medidas legislativas realmente efectivas que prohíban esta práctica nociva para la salud de la mujer. Tal y como subrayé en líneas anteriores, resulta imprescindible que estas medidas legislativas vengán acompañadas de medidas de carácter preventivo y de programas destinados a eliminar esta costumbre milenaria.

Cabe señalar la importancia de adoptar un enfoque global, integral y multidisciplinar en las acciones encaminadas a erradicar la MGF.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Anika Rahman y Nahid Toubia, "Female Genital Mutilation. A Guide to Laws and Policies Worldwide", Zed Books, New York, (2000)
- Ayaan Hirsi Ali, "Mi vida, mi libertad", Galaxia Gutenberg, (2006)
- Ayaan Hirsi Ali, "Yo acuso. Defensa de la emancipación de las mujeres musulmanas", Galaxia Gutenberg, (2006)
- Catherine Jagoe, Alda Blanco, Cristina Enríquez de Salamanca, "La mujer en los discursos de género. Textos y contextos en el siglo XIX", Icaria, Barcelona, (1998), pp. 316 – 318.
- John Kennedy y Robert Fernea, "Nubian Ceremonial Life. Studies in Islamic Syncretism and Cultural Change", The American University in Cairo Press, New York (2005)
- Khady Koita, "Mutilada", Martinez Roca (2000)
- Medicus Mundi Andalucía, "Mutilación genital femenina: Abordaje y prevención", Grupo Editorial Universitario (2008)
- Medicus Mundi Andalucía, "Mutilación Genital Femenina: más que un problema de salud", Grupo Editorial Universitario (2008)
- Mission de Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides), "Les mutilations genitales féminines au Mali", Volume 1 (2008)
- Nahid Toubia, "Female Genital Mutilation. A Call for Global Action", RAINBO, Nueva York (1995).
- Nahid Toubia, "Female Genital Mutilation. Women's Rights Human Rights", Routledge, New York (1995)
- Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón.
- Rogaia Abusharaf, "Female Circumcisión" University of Pennsylvania Press (2006)
- Salif Samaké, Seydou Moussa Traoré, Souleymane Ba, Étienne Dembélé, Mamadou Diop, Soumaïla Mariko y Paul Roger Libité, "Enquête Démographique et de Santé du Mali", (2006)
- Unaf, "La MGF en España", Prevención e intervención (2011)



- Waris Dirie y Catheen Miller, "Flor del desierto", Maeva (2002)
- Waris Dirie y Corinna Milborn, "Niñas del desierto", Maeva, Madrid (2005)
- Waris Dirie. "Amanecer en el desierto" Maeva, (2003)

### **ARTÍCULOS:**

- Adriana Kaplan, Pere Torán, Kira Bermúdez y M<sup>a</sup> J. Castany, Las mutilaciones genitales femeninas en España: "Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales", pp. 189-217.
- Adriana Kaplan, Pere Torán, M<sup>a</sup> Helena Bedoya, Kira Bermúdez, Juani Moreno, Navarro y Bonaventura Bolívar "Las mutilaciones genitales femeninas en España: Reflexión para una intervención desde la atención primaria (2006)
- Amnistía Internacional, "La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación". Amnistía Internacional, (1999).
- An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe: Publicación (April 2007)
- Armelle Andro et Marie Lesclingand "Les mutilations sexuelles féminines :le point sur la situation en Afrique et en France", nº 438 (Oct. 2007)
- Inter-African Committee, "National Laws on FGM" (2009).
- Organización Mundial de la Salud (OMS), "Violencia contra la mujer". Res. WHA 49.25) Washington, D.C: Organización Panamericana de la salud (1998).
- Unicef, "Legislative Reform to Support the Abandonment of Female Genital Mutilation/cutting" (Aug.2010)

## RECURSOS ONLINE:

- + [http://www.informarn.nl/informes/mujer2/act070815\\_ablacion](http://www.informarn.nl/informes/mujer2/act070815_ablacion)  
(Información obtenida el 15 de Marzo de 2012 en la web)
- + <http://www.noticiasmedicas.es/medicina/noticias/13022/1/30-mujeres-mutiladas-se-han-sometido-a-una-reconstruccion-genital-gracias-a-la-Fundacion-Dexeus-Salud-de-la-Mujer-/Page1.html>  
(Información obtenida el 01 de Abril de 2012 en la web)
- + [psiquiatrianet.wordpress.com/2008/07/07/la-mujer-y-la-psiquiatria/](http://psiquiatrianet.wordpress.com/2008/07/07/la-mujer-y-la-psiquiatria/)  
(Información obtenida el día 01 de Abril de 2012 en la web)
- + [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADL598.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADL598.pdf)  
(Información obtenida el 18 de Abril de 2012 en la web)
- + [http://www.ined.fr/fichier/t\\_telechargement/30995/telechargement\\_fichier\\_fr\\_438.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/30995/telechargement_fichier_fr_438.pdf)  
(Información obtenida el 22 de Abril de 2012 en la web)
- + [http://www.ined.fr/fichier/t\\_telechargement/30995/telechargement\\_fichier\\_fr\\_438.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/30995/telechargement_fichier_fr_438.pdf)  
(Información obtenida el 23 de Abril de 2012 en la web)
- + [http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/05Immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Pdfs/Protocol\\_mutilacio\\_castella.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/05Immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Pdfs/Protocol_mutilacio_castella.pdf)  
(Información obtenida el 23 de Abril de 2012 en la web)
- + [http://w.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n\\_1.pdf](http://w.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf)  
(Información obtenida el 23 de Abril de 2012 en la web)

## VIDEOS, PELÍCULAS Y DOCUMENTALES:

- ❖ **África despierta** (Africa Rising): Es de la ONG “Equality Now”, dirigida por Paula Heredia en 2008. Es un documental que muestra la lucha de los movimientos sociales africanos en su lucha contra la práctica de la MGF en un recorrido a través de Burkina Faso, Kenia, Malí, Somalia y Tanzania. sobre el movimiento para erradicar la mutilación genital femenina.
- ❖ **El largo camino hacia el final de la ablación:** Es una producción de Fatusch Production, RVU, ARTE France y dirigida por Jacqueline Bakker en 2001. Es un documental que muestra la práctica de la MGF en Mali. Más del 93% de las mujeres sufren la ablación, una tradición enraizada sobre todo en las pequeñas aldeas. Cambiar la mentalidad de hombres y mujeres requiere mucha paciencia y perseverancia. Este documental pone de manifiesto la lucha de Astan Diallo por erradicar una práctica que condiciona la vida de las mujeres malienses de todas las clases sociales.
- ❖ **Flor del Desierto:** Coproducción de Reino Unido, Austria y Alemania de 2009, dirigida por Sherry Horman. Es una adaptación de la autobiografía de la modelo de origen somalí Waris Dirie. Fue una pionera en hablar públicamente de su experiencia.
- ❖ **La causa de Kripan:** Es una película de producción española de 2009, dirigida por Omer Oke. Alassane, un joven de Burkina Faso que vive en Kripan (País Vasco, España), recibe la llamada de su hermano Ali anunciándole que en su pueblo, sus padres y los padres de su mujer se han puesto de acuerdo para hacer la ablación a su hija de 6 años, Bintou. Esta película plantea con mucha fuerza el sufrimiento psicológico que acarrea esta práctica desde el momento en que se fija el día de la operación y durante el “resto de la vida” de las afectadas.

- ❖ **La Massai Blanca** (Die weiße Massai): Es una película alemana, dirigida por Hermine Huntgeburth en 2005. Está basada en la novela homónima de Corinne Hofmann. En esta película se puede observar los ritos de iniciación de las niñas para convertirlas en mujeres aptas para el matrimonio y la procreación en su rito de iniciación (a los 15 años), sufren la extirpación clitorica (ablación) y luego las enseñan a cuidar del ganado.
- ❖ **Moolade**: Coproducción franco-senegalesa de 2004, dirigida por Ousmane Sembene. Collé Ardo vive en un pueblo de Burkina Faso y sufrió la ablación de niña. Por eso, se opone a que su hija pase por lo mismo e incluso acoge en su casa a 4 niñas fugitivas del ritual. Esto supone una revolución en el pueblo.
- ❖ Documental de **Médicos del Mundo** sobre la Lucha contra la MGF.
- ❖ Documental de **Save a Girl, Save a Generation**.

